

**DIAGNÓSTICO FINANCIERO DEL HOSPITAL DE II NIVEL SANTANDER  
HERRERA DE PIVIJAY DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN LOS  
AÑOS 2010-2011-2012**

**LUZ ELENA CHIVETTA DOVALES  
SILVANA JUDITH OROZCO GARCIA**

**UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC  
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y SISTEMAS  
BARRANQUILLA**

**2013**

**DIAGNÓSTICO FINANCIERO DEL HOSPITAL DE II NIVEL SANTANDER  
HERRERA DE PIVIJAY DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN LOS  
AÑOS 2010-2011-2012**

**LUZ ELENA CHIVETTA DOVALES  
SILVANA JUDITH OROZCO GARCIA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Especialista en Finanzas y Sistemas**

**Magister  
Benjamín Cano Vanegas  
Coordinador Especialización Finanzas y Sistemas**

**UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC  
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y SISTEMAS  
BARRANQUILLA**

**2013**

## PAGINA DE ACEPTACION

Nota de aceptación

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado

---

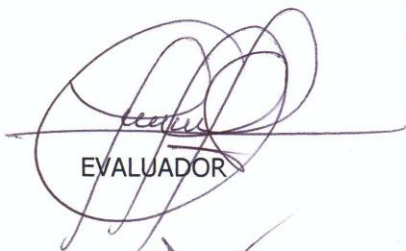
Barranquilla, octubre de 2013

## ACTA DE SUSTENTACION

**No. 010 DE 2013**

En Barranquilla, a los 17 días del mes de Octubre de 2.013, se reunieron en la facultad de Ciencias Económicas, programa de Especialización en Finanzas y Sistemas, de la Corporación Universidad de la Costa, el Coordinador de Programa el señor BENJAMÍN CANO VANEGAS, el profesor HUMBERTO CADAVID como asesor del proyecto de grado, el señor JORGE BORDA VILORIA Docente Tiempo Completo y el señor EDWIN CANO OTERO Docente Tiempo Completo, ambos como Evaluadores del Proyecto de grado para optar al título de **ESPECIALISTA EN FINANZAS Y SISTEMAS**; para escuchar a **SILVANA OROZCO GARCIA y LUZ HELENA CHIVETTA** quienes han presentado el proyecto de grado titulado **"DIAGNOSTICO FINANCIERO DEL HOSPITAL DE II NIVEL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN LOS AÑOS 2010-2011-2012"**

Dando un concepto de **APROBADO**



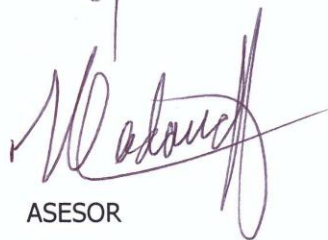
EVALUADOR



DIRECTOR DE PROGRAMA



EVALUADOR



ASESOR

## **RESUMEN**

El principal objetivo de este trabajo ha sido la elaboración de un Diagnóstico financiero del Hospital de II nivel, Santander Herrera de Pivijai, del Departamento del Magdalena, en los años 2010 al 2012, el cual fue incluido en un programa de Saneamiento fiscal y financiero.

Debido a lo anterior, se consideró necesaria esta investigación, porque permitiría tomar decisiones, determinar la situación actual y diagnosticar los factores causantes de la crisis, para conocer en detalle cómo se encuentra estructurada financieramente y reconocer explicaciones justificadas y válidas a las situaciones que desde los años 2010 al 2012 influyeron negativamente en el desarrollo de la E.S.E., haciéndola cada vez más ineficiente y poco competitiva en el sector, por la falta de sostenibilidad financiera y baja calidad en la prestación de los servicios.

Los resultados de este diagnóstico determinaron que el Hospital Santander Herrera de Pivijai, fue categorizado en riesgo alto; las variables que incidieron en esta categorización, fue el déficit presupuestal, la producción de servicios de acuerdo a su capacidad instalada, que no es aprovechada en un ciento por ciento, los ingresos recaudados que no llegan a un setenta por ciento y los gastos que han ido incrementando, con respecto a su nivel de ingresos.

Se espera desarrollar estrategias para alcanzar una sostenibilidad financiera y hacer de esta una Entidad más eficiente y competitiva en el sector, con calidad en la prestación de sus servicios y recuperando su posición de Nodo de Red para atender la población de los corregimientos aledaños.

Palabras Claves; Diagnóstico, Saneamiento fiscal y financiero, Estrategias, Sostenibilidad financiera

## **ABSTRACTS**

The main objective of this work has been the development of a financial Diagnostic Level II Hospital, Santander Pivijai Herrera, Department of Magdalena, in the years 2010 to 2012, which was included in a program of fiscal and financial Sanitation.

Due to the above, this research was deemed necessary, because it would make decisions, determine the current status and diagnose the factors causing the crisis, for details on how to find and recognize structured financially justified and valid explanations to situations from years 2010 to 2012 had a negative impact on the development of the ESE, making it increasingly inefficient and uncompetitive sector, lack of financial sustainability and low quality in the provision of services.

The results of this analysis determined that Herrera Santander Pivijai Hospital, was categorized at high risk, the variables that influenced this categorization was the budget deficit, the production of services according to their capacity, which is not exploited by hundred percent, the revenue that fail to seventy percent and expenses have increased, with respect to their income level.

It hopes to develop strategies to achieve financial sustainability and make this a more efficient and competitive entity in the sector, providing quality services and recovering its Network Node position to serve the population of the surrounding districts.

Keywords: Diagnosis, fiscal and financial Sanitation, Strategies, Financial Sustainability

## **CONTENIDO**

	<b>PÁG.</b>
INTRODUCCIÓN	14
1- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2- JUSTIFICACION	18
3- OBJETIVO	20
3.1- OBJETIVO GENERAL	20
3.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
4- MARCO REFERENCIAL	21
4.1 MARCO TEORICO	21
4.1.1- CONCEPTOS GENERALES SOBRE LAS E.S.E	21
4.1.2- CRISIS HOSPITALARIA EN COLOMBIA	21
4.1.3- CRISIS HOSPITALARIA EN EL MAGDALENA	23
4.1.3.1- ESTADO PRESUPUESTAL DE LAS E.S.E DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	25
4.1.3.2- PROCESOS JURIDICOS EN LOS HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	25
4.1.3.3- FACTORES QUE AFECTAN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	26
4.1.3.3.1- FACTORES INTERNOS	26
4.1.3.3.2- FACTORES EXTERNOS	27
4.2- MARCO CONCEPTUAL	28
4.2.1- PRODUCCION HOSPITALARIA Y CALIDAD	28

<b>4.2.2- ECONOMIA EN SALUD</b>	<b>28</b>
<b>4.2.3- USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>30</b>
<b>4.2.4- ANALISIS COSTE – BENEFICIO</b>	<b>31</b>
<b>4.2.5- ANALISIS COSTE – EFECTIVIDAD</b>	<b>32</b>
<b>4.2.6- ANALISIS COSTE – UTILIDAD</b>	<b>32</b>
<b>4.3- MARCO LEGAL</b>	<b>33</b>
<b>4.3.1- REGIMEN JURIDICO</b>	<b>35</b>
<b>4.3.2- CATEGORIZACION DEL RIESGO</b>	<b>36</b>
<b>4.3.3- LEY 715 DE 2001</b>	<b>36</b>
<b>4.4- MARCO GEOGRAFICO</b>	<b>39</b>
<b>5- DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>40</b>
<b>5.1- TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>40</b>
<b>5.2- POBLACION</b>	<b>40</b>
<b>5.3- TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>40</b>
<b>6- RESULTADO</b>	<b>41</b>
<b>6.1- HOSPITAL SANTANDER HERRERA</b>	<b>42</b>
<b>6.2- UBICACIÓN GEOGRAFICO</b>	<b>45</b>
<b>6.3- CULTURA CORPORATIVA Y LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS</b>	<b>46</b>
<b>6.4- SERVICIOS OFRECIDOS POR LA E.S.E</b>	<b>47</b>
<b>6.5- COBERTURA DE LA E.S.E HOSPITAL SANTANDER HERRERA</b>	<b>50</b>
<b>6.6- INFORMACION DE PRODUCCION</b>	<b>54</b>
<b>6.7- INFORMACION DE CALIDAD</b>	<b>55</b>
<b>6.8- COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL, ECONOMICO Y FINANCIERO DE LA E.S.E H.S.H</b>	<b>56</b>
<b>6.8.1- PERSONAL DE PLANTA</b>	<b>57</b>



<b>6.8.2- SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS</b>	<b>58</b>
<b>6.8.3- INFORMACION DE FACTURACION</b>	<b>59</b>
<b>6.8.4- INFORMACION DE CARTERA</b>	<b>60</b>
<b>6.8.5- ANALISIS PRESUPUESTAL</b>	<b>63</b>
<b>6.8.5.1- INFORMACION DE INGRESOS</b>	<b>63</b>
<b>6.8.5.2- INFORMACION DE GASTOS COMPROMETIDOS</b>	<b>67</b>
<b>6.8.5.3- RELACION DE GASTOS COMPROMETIDOS ENTRE INGRESOS</b>	<b>70</b>
<b>6.9- INDICADORES ECONOMICOS Y FINANCIEROS</b>	<b>72</b>
<b>6.9.1- ANALISIS DEL ACTIVO</b>	<b>72</b>
<b>6.9.2- ANALISIS DEL PASIVO Y PATRIMONIO</b>	<b>72</b>
<b>6.9.3- ANALISIS DE ACTIVIDAD ECONOMICA Y SOCIAL</b>	<b>73</b>
<b>6.9.4- ANALISIS DEL ESTADO ACTIVIDAD ECONOMICA Y SOCIAL</b>	<b>73</b>
<b>6.10- ANALISIS FINANCIERO</b>	<b>77</b>
<b>6.10.1- INDICADORES DE LIQUIDEZ</b>	<b>77</b>
<b>6.10.2- INDICADORES DE RENTABILIDAD</b>	<b>77</b>
<b>6.10.3- INDICADOR DE ENDEUDAMIENTO</b>	<b>78</b>
<b>6.10.4- ANALISIS VERTICAL DEL ESTADO DE RESULTADO</b>	<b>78</b>
<b>6.10.5- ANALISIS HORIZONTAL DEL ESTADO DE RESULTADO</b>	<b>79</b>
<b>6.10.6- ANALISIS VERTICAL DEL BALANCE GENERAL</b>	<b>79</b>
<b>6.10.7- ANALISIS HORIZONTAL DEL BALANCE GENERAL</b>	<b>79</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>84</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>86</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>90</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla No 1. Población Régimen Contributivo Zona Rio	51
Tabla No 2. Población Régimen Subsidiado Zona Rio	52
Tabla No 3. Población Régimen de Excepción	53
Tabla No 4. Información de Producción	54
Tabla No 5. Información de Calidad	55
Tabla No 6. Clasificación del Recurso Humano en Nomina	58
Tabla No 7. Participación de los Servicios Personales Indirectos en el Total de Gastos de Personal	59
Tabla No 8. Información De Facturación	60
Tabla No 9. Información de Cartera	62
Tabla No 10. Información de Ingresos	66
Tabla No 10. Información de Ingresos	66
Tabla No 11. Porcentaje de Recaudos de la E.S.E H.S.H	67
Tabla No 12. Composición de los Gastos Comprometidos de la ESE HSH	69
Tabla No 13. Información de Gastos Comprometidos	71
Tabla No. 14 Balance General- Activo	74
Tabla No 15 Balance General – Pasivo y Patrimonio	75
Tabla No 16. Estado de Actividad Económica y Contable	76
Tabla No. 17 Indicadores Financieros	78
Tabla No 18. Análisis vertical del Estado de Resultado	80
Tabla No 19. Análisis Horizontal del Estado de resultado	81

Tabla No 20. Procesos Judiciales	82
Tabla No 21. Impacto financiero de procesos judiciales	83

## LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1. Población Afiliada por Régimen	53
Gráfica 2. Total Cartera por Edades	61
Gráfica 3. Ingresos Reconocidos	63
Gráfica 4. Ingresos Recaudados	64
Gráfica 5. Ingresos Reconocidos / Ingresos Recaudados	65
Gráfica 6. Gastos Comprometidos	68

## LISTA ANEXOS

Anexo 1. Carta de entrega y autorización de los autores	90
Anexo 2. Formulario descripción del trabajo de grado	92
Anexo 3. Tipo de ilustraciones	93

## INTRODUCCION

Dentro del esquema de competitividad, producto de la Ley 100, que transforma el Sistema Integral de Seguridad Social, los hospitales son convertidos en empresas sociales del estado, con una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, por lo que deben sostenerse con la venta de sus servicios; y brindar un servicios con calidad, eficiencia, oportunidad y equidad.<sup>1</sup>

La presente crisis hospitalaria por la que atraviesan estos hospitales no se le puede atribuir a la transformación del sistema integral de seguridad social con la Ley 100 de 1993; sino que también hay que tener en cuenta causas como las situaciones y malos manejos que no pasan solo por la eventual falta de financiamiento; sino por la deficiencia en la administración y gestión por parte de estos. Cabe resaltar que como consecuencia a lo anterior, los hospitales han venido arrastrando o acumulando pasivos y déficit presupuestales en los últimos años, generando así un deterioro en la eficiencia conjunta en la Red hospitalaria Pública.

Producto de esto el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social implanta el programa de reorganización de la Red de servicios de Salud del Departamento del Magdalena, para ayudar al mejoramiento de estos que se encuentran en franca crisis; entre ellos la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay.

En el presente trabajo se hará el diagnostico financiero de la Entidad, para tener claro la viabilidad o inviabilidad de esta y presentar posibles soluciones a la situación.

---

<sup>1</sup> Empresa Social del Estado Materno Infantil de Soledad.

El análisis se hace durante los años 2010, 2011 y 2012; manejando como variables de información la ejecución presupuestal de ingresos y gastos, facturación, cartera, pasivos, cuentas por pagar, balance general, estado de actividad económica y social, producción y contratación.

## 1- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El derecho a la salud consiste en la garantía que las personas tienen de ser atendidas en su salud. Es un derecho continuo. También es un Derecho que tiene por objetivo la conservación de los niveles de salud o su restablecimiento de la misma en caso de pérdidas temporales de los niveles justos. Para lograr lo anterior, se debe contar por parte del Estado de una serie de medios disponibles, conforme a las ciencias modernas y según los requerimientos de cada caso. El carácter asistencial del derecho a la salud debe buscar la plenitud de la persona en lo físico y psíquico.

Paulo Alexandre dijo: “El costo de la salud es un tema debatido con frecuencia desde hace muchos años, tanto que se ha llegado a considerar la afirmación de que “los costos de salud son crecientes”. Ello conduce a la necesidad de tomar medidas que permitan sortear la crisis que genera ese encarecimiento.”<sup>2</sup>

De otro lado, Después de entrar en vigencia la Ley 100 de 1993, las Empresas Sociales del Estado que fueron creadas no han logrado un equilibrio que les permita ser Entidades Productivas y Viables Financieramente; Dentro de ellas se encuentran los Hospitales de la Red Publica del Departamento del Magdalena, los cuales presentan una crisis, tanto financiera como funcional, dado que no tienen una estructura de costos eficiente, tienen pocos ingresos, la tendencia creciente del gastos y una deficiente gestión. Ante tal situación, la Secretaria de Salud por lineamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, presenta el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero; al cual deben acogerse aquellas E.S.E que fueron categorizadas en Riesgo Alto y Medio a través de la Resolución 2509 de 2012 y 1877 de 2013; con el propósito Reorganizar, Fortalecer y Viabilizar la Red Hospitalaria del Departamento del magdalena. Programa al cual tuvo que

---

<sup>2</sup> Alexandre, Paulo. “Crisis en el Sector Salud”, Cuadernos Médicos – Sociales. No 35. Rosario.



acogerse la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay; por su desequilibrio financiero, tanto la operación corriente como no corriente.

## **2- JUSTIFICACION**

En el año 2012, según la Resolución 2509 de esa misma vigencia, fueron categorizadas 24 Empresas Sociales del Estado del Departamento del Magdalena en Riesgo Alto y Medio; situación que para el 2013 incremento, quedando el departamento con 25 E.S.E en Riesgo de Intervención, Fusión o Liquidación. Esta situación lleva al Departamento a acogerse mediante lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social a un Programa de Reorganización de Red y trabajar con cada una de estas E.S.E en un Programa de Saneamiento fiscal y Financiero; con el Objeto de darle viabilidad financiera y calidad en la prestación de los servicios de salud a la Red Hospitalaria del Departamento.

Dentro de este Programa fue incluida la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay y los demás Hospitales que se encuentran en esta misma situación, lo anterior con el propósito de racionalizar el gastos, reorganización administrativa, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento del ingreso, en busca de la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación del servicio. Por lo anterior, se hace necesaria esta investigación, la cual permitirá tomar decisiones, determinar la situación actual y cuales han sido los principales factores causantes de la crisis por la que atraviesa; ya que permite conocer en detalle cómo se encuentra estructurado financieramente.

En general, las razones que motiva a realizar dicha investigación, es encontrar explicaciones justificadas y válidas a las situaciones que desde años atrás (2010-2011-2012) han venido influyendo negativamente en el desarrollo de la E.S.E, haciéndolo cada vez más ineficiente y poco competitivo en el sector, debido a su falta de sostenibilidad financiera y baja calidad en la prestación de los servicios.

Los resultados que arroje la investigación beneficiaran a la Secretaria de Salud Departamental y principalmente al Gerente de la E.S.E en mención; ya que les

permitirá conocer de manera más profunda el desarrollo financiero y tomar decisiones al respecto, para el buen funcionamiento de esta. En caso de tener en cuenta las posibles soluciones a presentar en este trabajo, no solo serán ellos los beneficiarios sino todos los habitantes de la Zona Rio del Departamento del Magdalena, en especial la población del Municipio de Pivijay Magdalena.

### **3- OBJETIVO**

#### **3.1- OBJETIVO GENERAL**

Diagnosticar la situación financiera de la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay Magdalena, Departamento del Magdalena, durante los años 2010 – 2012.

#### **3.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

3.2.1- Identificar los factores internos que afectan financieramente a la E.S.E

3.2.2- Identificar factores externos que afectan financieramente a la E.S.E

3.2.3- Encontrar medidas para el Fortalecimiento financiero de la E.S.E.

## **4- MARCO REFERENCIAL**

### **4.1 MARCO TEORICO**

#### **4.1.1- CONCEPTOS GENERALES SOBRE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO**

##### **NATURALEZA**

El artículo 194 de la Ley 100 de 1993 reza: “Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.”<sup>3</sup>

#### **4.1.2- CRISIS HOSPITALARIA EN COLOMBIA**

La crisis hospitalaria pública en Colombia no es un fenómeno sencillo; se trata de un problema multicausal. Entre las múltiples causas podemos identificar: el crecimiento desmesurado de las plantas de personal, las nóminas paralelas, los despilfarros, actos de ineficiencia administrativa y franca corrupción, falta de una política pública hospitalaria, convenciones colectivas que desangran el presupuesto, modalidad de contratación de servicios que incentivan la ineficiencia, transformación de subsidios de oferta en subsidio a la demanda, régimen de transición prolongado en la seguridad social, la proliferación de IPS privadas, la falta de universalidad en el aseguramiento y otros más.

Por otro lado, no debemos subestimar el problema de corrupción por parte de usuarios, trabajadores y directivos de hospitales que conllevó a la merma

---

<sup>3</sup> Artículo 194 de la Ley 100 de 1993.

paulatina de los equipos médicos, los suministros y dotación hospitalaria y hasta la misma comida de los pacientes.

Otro de los factores agravantes de la crisis ha sido la proliferación no planificada de IPS del sector privado, algunas de las cuales creadas en viviendas no edificadas para ser hospitales, que con improvisadas remodelaciones y la complicidad de los organismos de inspección, vigilancia y control han sido habilitadas para funcionar y competir con la red pública. Este crecimiento en el número de IPS no ha obedecido a la iniciativa planificada del Estado sino al interés particular de hacer empresa. Sencillamente, las deficiencias de la red pública han sido interpretadas por el sector privado como oportunidades de creación de negocios que satisfagan la demanda de servicios.

Por otro lado, la integración vertical, es decir la posibilidad de que los aseguradores cuenten con IPS propias, ha generado un fenómeno de sobre oferta de servicios en algunas ciudades y carencia en otras, así como la pérdida de oportunidades de acceso al mercado por parte de los hospitales públicos.

Aunque el proceso de transformación aplicado sin criterio alguno fue finalmente detenido por la Ley del Plan de Desarrollo, dejó sensibles heridas especialmente en los hospitales de la Costa Atlántica y los departamentos con altos niveles de pobreza y baja cobertura del Régimen Subsidiado. También generó excesos presupuestales y de gasto en algunas regiones, especialmente en instituciones del primer nivel, verdadero doble pago por la atención a la población pobre que después es difícilmente reducible.<sup>4</sup>

Llevados progresivamente a situaciones más profundas de crisis, los hospitales públicos perderán progresivamente la capacidad de competir con las instituciones privadas, frente a los usuarios y a las Empresas Promotoras de Salud y

---

<sup>4</sup> Orozco Africano, Julio. Estudio de Viabilidad Técnica y Financiera. 2011.

administradoras del Régimen Subsidiado, lo que significará la imposibilidad de subsistir a mediano y largo plazo.

#### **4.1.3- CRISIS HOSPITALARIA EN EL MAGDALENA**

La Red Pública Hospitalaria del Departamento del Magdalena está conformada por 33 Empresas Sociales del Estado-Hospitales, de los cuales 27, corresponden al primer nivel asistencial, 5 al segundo nivel asistencial y 1 al tercer nivel. Se divide en 5 Sub Regiones clasificadas así:

SUB REGION NORTE: esta conformada por los Municipio de:

- ARACATACA
- ALGARROBO
- FUNDACION
- CIENAGA
- ZONA BANANERA
- EL RETEN

SUB REGION CENTRO: esta conformada por los Municipio de:

- TENRIFE
- SABANAS DE SAN ANGEL
- PLATO
- CHIBOLO
- NUEVA GRANADA
- ARIGUANI

SUB REGION RIO: esta conformada por los Municipio de:

- REMOLINO
- PIVIJAY

- SALAMINA
- SITIO NUEVO
- ZAPAYAN
- CONCORDIA
- EL PIÑON
- CERRO DE SAN ANTONIO
- PEDRAZA

SUB REGION SUR: está conformada por los Municipio de:

- SANTA ANA
- SAN ZENON
- PIJIÑO DEL CARMEN
- GUAMAL
- SANTA BARBARA DE PINTO
- SAN SEBASTIAN DE BUENAVISTA
- EL BANCO

SANTA MARTA: E.S.E Hospital Universitario Fernando Troconis (III y IV Nivel – Convenio)

El estado de la Red hospitalaria del Departamento del Magdalena, vista desde el indicador financiero, entrega un panorama más que incierto para los usuarios; por mandato de la Ley 1438 del Ministerio de Salud, se clasificaron de acuerdo a la reglamentación que expidió el Ministerio de la Protección Social en las categorías alto, medio, bajo y sin riesgo.

La categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado se realiza teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad a partir de sus indicadores financieros. Por lo que para este año el Ministerio reportó 323 Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que se encontraban en riesgo



alto en 2012 y que continuarán en 2013 con igual categorización, por disposición de la resolución número 2509 de 2012. El Departamento del Magdalena esta dentro de los cuatro que más Entidad tiene en alto Nivel de Intervención, Fusión o Liquidación.

#### **4.1.3.1- ESTADO PRESUPUESTAL DE LAS E.S.E DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA**

Después de los estudios realizados por la Contraloría General del Departamento del Magdalena, en aras de determinar la situación real de las finanzas de las E.S.E. comparo los Estados Financieros de estas, tomando como fuente la información financiera reportada a la Contaduría General de la Nación y Contraloría General de la República a través del Sistema CHIP (CGR- Presupuestal), así como al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del SIHO. Se encontró que existen diferencias entre la información reportada entre los sistemas CHIP y SIHO:

- Cartera sobreestimada, lo que genera incertidumbre en la determinación de la situación financiera real de la E.S.E
- El déficit presupuestal de estas Entidades es mas alto que lo que ellos reportan.

#### **4.1.3.2- PROCESOS JURÍDICOS EN LOS HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA.**

“Uno de los factores que más afecta la estabilidad financiera de las E.S.E.`s son los procesos jurídicos instaurados en contra de estas, los cuales restan maniobrabilidad en la aplicación de los recursos para la prestación de los servicios

de salud; de acuerdo con la información suministrada al ministerio de salud y protección social.”<sup>5</sup>

Hay que tener en cuenta que las E.S.E`s de segundo nivel son las mayormente demandadas, estas pueden sufrir desequilibrio financiero si no se establecen planes de contingencias para afrontar los fallos judiciales que afectarían su estabilidad.

#### **4.1.3.3- FACTORES QUE AFECTAN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA.**

La productividad en un hospital puede verse afectada por diversos factores externos, así como por varias deficiencias en sus actividades o factores internos:

##### **4.1.3.3.1 - Factores Internos:**

- Falta de capacidad gerencial

Los gerentes de Hospitales no poseen las destrezas ni habilidades administrativas que se requieren, para desarrollar las actividades de liderazgo y coordinación en el rol de administrador hospitalario

- Inadecuada Contratación del Recursos Humano

En ocasiones se observa que el recurso humano de los hospitales, Son contratados por orden de prestación de servicios “OPS”. Situación que ha generado un aumento en el proceso de demandas por parte de estos contratistas, lo que ha conllevado a un aumento de procesos jurídicos.

- Debilidades en el proceso de facturación.

---

<sup>5</sup> Informe Contralor General de La Nación.

#### **4.1.3.3.2- Factores Externos:**

- Atraso en los pagos referentes al Régimen Subsidiado por parte de la Gobernación del Magdalena y del Municipio.
- El no pago de la E.P.S y la mala contratación por parte estas.

## **4.2- MARCO CONCEPTUAL**

### **4.2.1- PRODUCCIÓN HOSPITALARIA Y CALIDAD**

“La producción Hospitalaria y los indicadores de calidad permiten planificar y evaluar; los procesos de atención, cálculos de recursos y utilización eficiente de los mismos, en donde los recursos disponibles que recauda cada Hospital, deben utilizarse de forma óptima, con el fin de obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población”.<sup>6</sup>

### **4.2.2- ECONOMIA EN SALUD**

“El sistema de salud, es el conjunto de instituciones que cuida la salud de los ciudadanos, reviste una importancia creciente en los sistemas económicos. Este hecho se expresa en el creciente porcentaje del gasto público y privado en salud en relación al Producto Interior Bruto (PIB). En otras palabras, el ritmo de crecimiento del gasto en salud es superior al ritmo de crecimiento del PIB. Por un lado, el gasto en salud se puede considerar como una inversión en capital humano, en la medida que contribuye al crecimiento económico y a garantizar un nivel adecuado de calidad de vida, pero por otra parte aparecen dudas legítimas sobre la sostenibilidad de ese crecimiento a largo plazo. Todos los gobiernos, todos los países, están en un proceso de reformulación de los sistemas de salud que responde a la necesidad de mejorar aspectos de eficiencia, calidad, cobertura y equidad.”<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Informe Contralor General de la Nación

<sup>7</sup> Gomes I, Aibar R, Rabanaque MJ. La Planificación en Salud Pública.

La ciencia de la economía trata de la asignación de recursos escasos y susceptibles de usos alternativos a la satisfacción de distintas necesidades de diferentes personas. En el caso de la economía de la salud, se trata de analizar:

- Cuantos recursos sociales se destinan a la salud en detrimento de otros sectores económicos.
- Cómo se distribuyen los recursos de la salud entre diversas personas o grupos sociales (el problema de la equidad).
- Cómo se distribuyen los recursos de salud asignados a una persona o grupo social (el problema de la eficacia).

La economía de la salud estudia temas tales como

- La demanda de salud: autoconsumo, información, capital humano, la salud como bien público.
- La producción de salud: eficacia, costes, financiación; la oferta de servicios de salud.
- La determinación del precio de la salud: cuanto se debe pagar, quién lo debe pagar. Obsérvese que si es el enfermo el que demanda salud, es el médico el que la ofrece y es un tercero, el estado, el que la paga, la tendencia será a que se produzcan y consuman grandes cantidades de salud a precios muy altos.
- Los sistemas sanitarios. Mecanismos de previsión y salud. Infraestructura y políticas públicas. Alternativas y su reforma.
- La gestión de empresas y organizaciones proveedoras de bienes y servicios de salud.
- Sistemas de contratación que estimulan la eficacia.

#### **4.2.3- USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

El ideal de todo sistema de salud es adecuar los recursos disponibles a la consecución de sus fines. En el ámbito que nos ocupa, el objetivo es responder a las necesidades de salud identificadas, maximizando los resultados que pueden alcanzarse con los recursos intelectuales, materiales y humanos existentes.

Según Avedis Donavedian la adecuación es “el grado en que el conocimiento y las técnicas disponibles se utilizan en la gestión de la salud y la enfermedad”.

La manera tan discordante en que se llevan a cabo las intervenciones en salud ha favorecido un renovado interés por su adecuación. Entendemos por actuación sanitaria inadecuada la que se aparta de la idealmente deseable, aunque existan los conocimientos y medios disponibles para brindar una atención apropiada, pertinente o adecuada.

Los problemas de adecuación se pueden analizar en el marco general de eficacia-efectividad-eficiencia, conceptos que se definen a continuación:<sup>8</sup>

#### **EFICACIA – EFECTIVIDAD**

La eficacia supone hacer las cosas, es la acción para cumplir con los objetivos previstos, la acción administrativa en sentido estricto. Mientras que la capacidad hace referencia a la capacidad del éxito real de esa medida en un momento dado. Según la organización mundial de la salud, eficacia es la relación entre los objetivos / resultados previstos y alcanzados; mientras que la efectividad es la relación entre los objetivos previstos y conseguidos en cada uno de los objetivos por separados.

---

<sup>8</sup> Julio Mario Africano. Análisis de suficiencia de la red prestadora de servicios de salud del departamento de Atlántico y distrito de Barranquilla. 2010.

## EFICIENCIA

La eficiencia tiene una connotación social. El criterio de eficiencia en las decisiones clínicas se basa en un conflicto entre la eficacia máxima que el médico debe pretender para cada paciente y la maximización de los beneficios para el conjunto de la población con los mismos recursos invertidos (eficiencia social) que tanto el médico como el conjunto de la sociedad también deben buscar.

Los estudios de la evaluación de la eficiencia tienen en cuenta dos tipos de efectos:

- Efectos sobre los recursos. Se denominan costes y representan el efecto negativo en la utilización de recursos en valor monetario.
- Efectos sobre la salud. Se denominan beneficios o consecuencias y representan el efecto positivo en la mejora en la salud.

### 4.2.4 - ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO

“Todos los costes y consecuencias considerados en el análisis son expresados en términos monetarios; es la técnica más completa, pero a la vez la más difícil de realizar en la práctica ya que se necesita asignar valores monetarios a ciertos intangibles que se presentan en el ámbito sanitario. Permite identificar la opción que maximiza la diferencia entre beneficios y costes, que es en teoría la opción que optimiza el bienestar de la sociedad, lo cual ofrece un criterio claro de decisión”.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> C. Llor Vila; E Diogene Fadini. EVALUAR LA EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES

#### **4.2.5- ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD**

Se utiliza para determinar el costo de cada una de las unidades producidas.

“Se comparan los costes de dos o más tecnologías medidas en términos monetarios con sus consecuencias, medidas en unidades naturales de efectividad, Así mismo dependerá de lo que se está evaluando. Este tipo de análisis es aplicable cuando los efectos de los tratamientos farmacológicos comparados tienen un nivel de efectividad distinto, pero comparten los mismos objetivos terapéuticos y, por lo tanto, pueden medirse en la misma unidad de efectividad. Obviamente, la principal limitación de este tipo de análisis es que sólo permite comparar tratamientos o programas sanitarios, cuyos resultados se pueden expresar en las mismas unidades en cuanto a salud. Los objetivos del análisis y, consecuentemente, el indicador de efectividad elegido deben reflejar el problema de decisión, a cuya solución se espera que contribuya el estudio; si los objetivos del análisis no están bien definidos, no es posible determinar cuál es el indicador de efectividad más apropiado.”<sup>10</sup>

#### **4.2.6- ANALISIS COSTE – UTILIDAD**

“Surge de la valoración realizada por la sociedad del nivel de calidad de vida que produce un servicio sanitario de forma directa o indirecta, es una forma de evaluación económica más amplia donde se consideran los beneficios percibidos por el individuo”.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> C. Llor Vila; E Diogene Fadini. EVALUAR LA EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES

<sup>11</sup> Trabajo de Grado: IMPACTO DE REORGANIZACION DE REDES DE PRESTACION DE SERVICIOS. Maestría en Administración. Universidad del Norte.



### **4.3- MARCO LEGAL**

El sistema de salud en el país está reglamentado en el segundo libro de la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia, la cual estableció el Sistema de Seguridad Social en el país y que además se ocupa de regular el sistema de pensiones en el primer libro, de las condiciones de trabajo en el tercer libro, y dispone sobre servicios complementarios en el cuarto libro, aspectos que se deben prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas prestadoras de salud. También la creación de subsidios al sector salud para cubrir a la población con menos ingresos.

Además de los principios generales de la ley y de la constitución política, la ley establece reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.<sup>3</sup>

### **MODIFICACIONES**

La Ley 100 de 1993<sup>12</sup>, norma primordial del Sistema de seguridad social integral en Colombia, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el congreso de la república y en su componente de salud han sido las siguientes:

---

<sup>12</sup> Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993.

- Ley 1122 de 2007: su objetivo según se señala en su artículo primero fue: "...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud".<sup>13</sup>

- Ley 1438 de 2011: según lo señala su artículo primero: " ...tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera."<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007.

<sup>14</sup> Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011.

- Ley 1562 de 2012: por la cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.<sup>15</sup>

En la actualidad se encuentran en curso dos proyectos de ley para la reforma al SGSSS: un proyecto de ley estatutaria y un proyecto de ley ordinaria (proyecto de ley 210 de 2013). Este último es el que el gobierno nacional le está dando prioridad y está siendo analizado por los gremios del sector salud, político y la academia.

#### **4.3.1 - RÉGIMEN JURÍDICO.**

Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión "Empresa Social del Estado".
2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.
3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la Ley 10 de 1990.
4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente Ley.
5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.
6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

---

<sup>15</sup> Congreso de Colombia. Ley 1562 de 2012. Alcaldía de Bogotá.

7. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente ley.
8. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
9. Para efectos de tributos nacionales se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.<sup>16</sup>

#### **4.3.2 – CATEGORIZACION DEL RIESGO**

“Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial se podrán categorizar en riesgo alto, medio, bajo, o sin riesgo, teniendo en cuenta la capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes, y será diferencial para aquellas Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que operan en condiciones de mercado especiales”.<sup>17</sup>

#### **4.3.3- LEY 715 DE 2001**

Artículo 42. “Competencias en salud por parte de la Nación. Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones”<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Artículo 195 de la Ley 100 de 1993

<sup>17</sup> Resolución 2509 de 2012 y 1877 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

<sup>18</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

Artículo 43. “Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia.”<sup>19</sup>

Artículo 44. “Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción”<sup>20</sup>

Artículo 47. “Destino de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud. Los recursos del Sistema General en Participaciones en salud se destinarán a financiar los gastos de salud”<sup>21</sup>

Artículo 48. “Financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados para la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, serán los asignados con ese propósito en la vigencia inmediatamente anterior, incrementados en la inflación causada y en el crecimiento real de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.”<sup>22</sup>

Artículo 49. “Distribución de los recursos de la participación para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.”<sup>23</sup>

Artículo 50. “Recursos complementarios para el financiamiento de los subsidios a la demanda.”<sup>24</sup>

---

<sup>19</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>20</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>21</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>22</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>23</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

Artículo 51. “Contratación de la prestación de servicios en el régimen subsidiado”.<sup>25</sup>

Artículo 52. “Distribución de los recursos para financiar las acciones de Salud Pública definidas como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.”<sup>26</sup>

Artículo 54. “Organización y consolidación de redes. El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.”<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>25</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>26</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>27</sup> Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001.

#### 4.4- MARCO GEOGRAFICO

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

MUNICIPIO DE PIVIJAY

ZONA DE INFLUENCIA DEL MUNICIPIO COMO NODO DE ATENCION DE LA  
ZONA RIO



## **5- DISEÑO METODOLOGICO**

### **5.1- TIPO DE ESTUDIO**

La investigación es Cuantitativa. Esta investigación consta de una línea base que es la información del año 2010 – 2012 de la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay, Magdalena; tiempo en el cual se hará el diagnóstico.

### **5.2- POBLACION**

En el presente trabajo se estudiará la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay Magdalena.

### **5.3- TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS**

Para la recolección de la información se utilizará, técnicas cuantitativas basadas en la información de documentos suministrados por la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay a la Secretaría de Salud del Departamento del Magdalena, en la página SIHO.



## **6- RESULTADO**

### **MUNICIPIO DE PIVIJAY:**

Superficie Km2: 1.636 - 163.600 hectáreas

Reseña histórica: Pivijay fue fundado por los españoles José Flores de Longoria, Juan Valera y Antonio Sánchez, quienes el 30 de mayo de 1.774, llegaron con 120 familiares procedentes de la Villa del Rosario de Guáimaro y se instalaron en este lugar huyendo de las inundaciones del Río Magdalena.

La fundación se efectuó a la orilla del Caño Ciego (Shiller), por haber encontrado en este sitio gran número de árboles llamados Pivijay, se le dio éste mismo nombre al Municipio.

Otra de las razones por las cuales se creó haberle dado el nombre de Pivijay, fue por el nombre de un Cacique Chimila que habitaba estas tierras.

Los primeros pobladores fueron los Indios Chimilas, descendientes de los Caribes y Tayronas, y por tal motivo guerreros, cazadores, pescadores, según demuestran algunas guacas encontradas en el Corregimiento de Garrapata; los Chimilas tuvieron una cultura elevada y habitaron en las regiones comprendidas entre los Ríos Magdalena, Cesar y Ariguaní.

Por Decreto No. 24 del 2 de octubre de 1.866, la Asamblea Legislativa del Estado Soberano del Magdalena, creó el distrito de Medialuna. La ley 339 del mismo Estado Soberano, expedida en 1.876, refrendó la existencia de los dos distritos: Pivijay y Medialuna. En 1.888, por la Ordenanza No. 4 del 14 de julio del mismo año, fueron suprimidos los distritos municipales de Medialuna y Pivijay, pasando estos a formar parte del Municipio de Salamina. Finalmente la Ordenanza No. 54 de 1.892, devolvió la existencia política y jurídica al distrito de Pivijay, al cual se le agregó el antiguo Municipio de Medialuna como corregimiento. Fue elevado a la

Categoría de Municipio en 1.912, por Ordenanza No. 74 emanada de la Asamblea Departamental.

Límites: Norte: Remolino y El Retén; Sur: Sabanas de San Ángel, Chivolo y El Piñón; Este: Fundación; Oeste: Remolino, Salamina y El Piñón.

Latitud Norte: 10° 28' 7''

Longitud Oeste: 74° 37' 14''

Distancia de la capital: 150 Km.

Temperatura media: 28° C

Altura sobre nivel del mar: 32 mts

Corregimientos: Avianca, Canoas, Caraballo, Chinoblás, Garrapata, Las Piedras, Medialuna, Carmen del Magdalena (Paraco), Paraíso, Piñuelas, Placitas, Salaminita

Veredas: Antioñazo, Bella Ena, Bella Olga, Brasil I, Brasil II, Cañaveral, Caño Camacho, Cinta Roja, El Campo, El Martirio, Las Colinas, La Francia, La Isla, La Lomita, La Retirada, Los Llanos, Loma La Soledad, Mientras Tanto, Monte Líbano, Pasacorriendo, Playón, Catalino, Santa Isabel, San Pedro, Sinú.

### **6.1- HOSPITAL SANTANDER HERRERA**

El Hospital Santander Herrera de Pivijay, creado mediante Ordenanza N° 083 del 23 de Julio de 1943, reglamentada por el Decreto N° 085 de febrero de 1944, logro que se dio gracias a la gestión realizada por el Doctor Heriberto Pabón Ramírez. El nombre se debe al primer médico, oriundo del municipio de Pivijay “SANTANDER HERRERA OROZCO”.

En los años 1961, 1964, 1985, se construyeron los pabellones de Maternidad, Pediatría, Consulta Externa e infecto – contagioso. En 1988 se expidieron sus

estatutos y reglamentos internos. En 1991 según Decreto 149 es clasificado como entidad de segundo nivel de atención. En 1996 según Decreto 298 es transformado en “EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTANDER HERRERA”.

En noviembre de 2002 se inició la construcción de la consulta externa y apoyo diagnóstico, se dotó con moderna sillería y equipos biomédicos acorde con los requisitos exigidos, la cual fue puesta en funcionamiento en junio de 2003, El 15 de agosto del mismo año se inaugura la sede administrativa, en ese mismo mes se inició la ampliación y remodelación de las áreas de Pediatría y de Servicios Básicos (cocina y lavandería) las cuales fueron inauguradas el 30 de Diciembre/03, todo esto se consiguió con el apoyo de la gobernación del Magdalena 2002-2003.

El 25 de Enero de 2005 se inició la ampliación y remodelación del área quirúrgica y hospitalización y la unidad de cuidados intermedios, la cual se puso en funcionamiento el 8 de Noviembre/05, en Abril de 2006 se culminó el área de Salud Básica y cuarto Frío, en Agosto de 2006 se inició la Ampliación y remodelación del Área de Urgencias, puesta en funcionamiento en el año 2007, en marzo de 2008 se dio inicio a la remodelación del área de medicina interna, este mismo año se culminó la remodelación del área de consulta externa y estadísticas, todos estos logros se dieron gracias al apoyo incondicional de todos los trabajadores de la empresa con el objeto de ampliar las coberturas de atención, cumplir con los estándares de calidad definidos en el Decreto 1011 de/06, mejorar la oportunidad y eficiencia de atención de los servicios ofertados por la Empresa. Actualmente, es una IPS pública descentralizada del Orden Departamental con capacidad instalada de 40 camas, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Seccional de Salud del Departamento del Magdalena e integrante del Sistema General de Seguridad

Social En Salud, Sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículo 194, 195 y 196 de la Ley 100 de 1993.

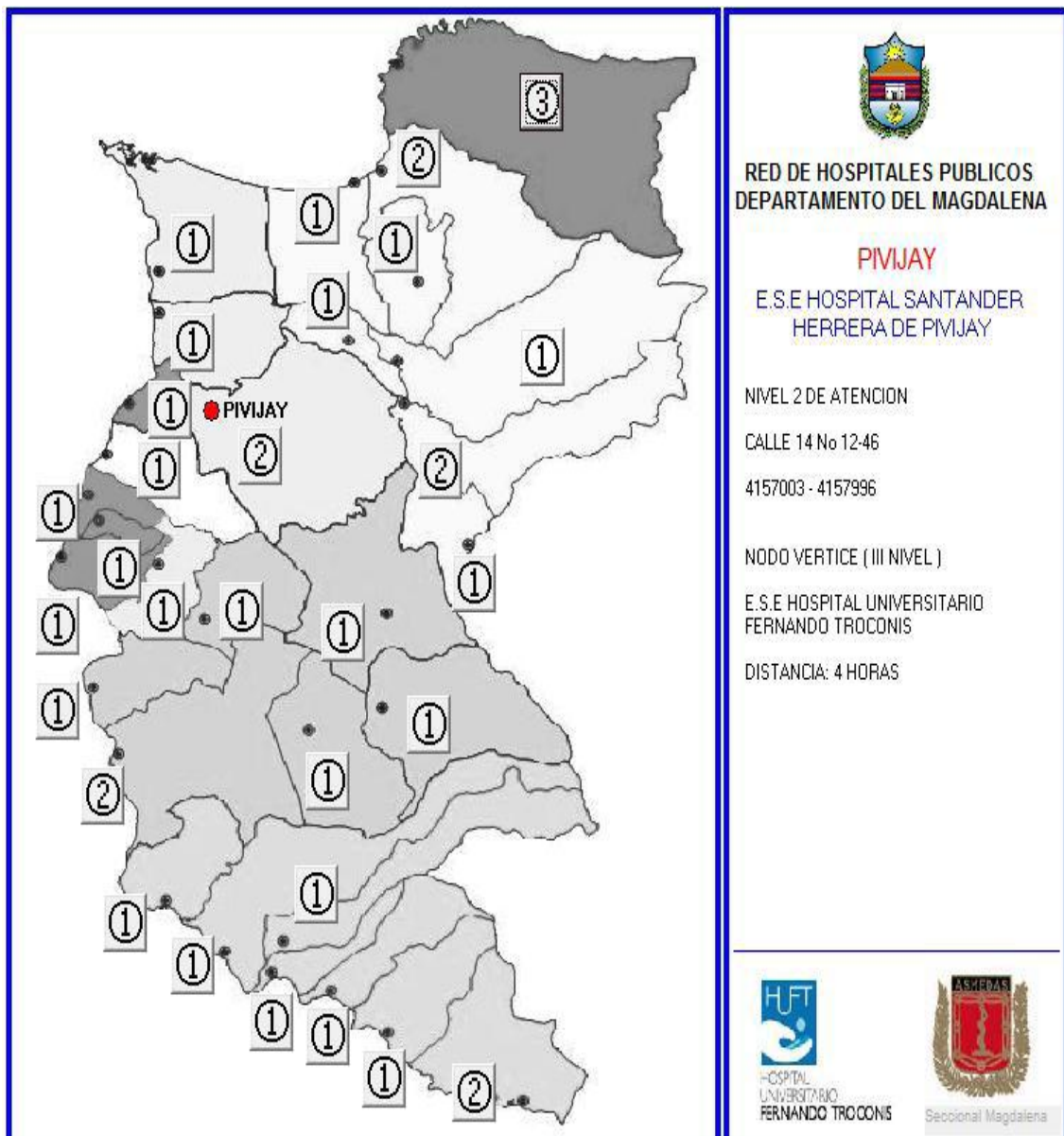
La Empresa Social del Estado Hospital Santander Herrera de Pivijay, tiene su domicilio en el Municipio de Pivijay, Departamento del Magdalena en la calle 14 número 12-46, es una entidad descentralizada de naturaleza especial del orden Departamental de segundo nivel de complejidad que se constituyó como E.S.E. mediante decreto No. 298 del 11 de marzo de 1996, proferido por la Gobernación Departamental del Magdalena, la E.S.E. puede ofrecer y contratar servicios de salud con entidades territoriales – Nación, Departamentos, Municipios, Distritos empresas públicas y privadas de cualquier naturaleza.

Antes de la ley 100 del año 1993 y dentro de la organización del Sistema Nacional de Salud, el Hospital Santander Herrera De Pivijay, tenía como dependencia todos los centros de salud de Salamina, Sitio Nuevo, Remolino, Pedraza, El Piñón y Cerro de San Antonio, los cuales dependían administrativa y financieramente, situación que se modificó con la creación de las Empresas Sociales del Estado en cada uno de estos municipios, a los cuales se les delegó la autonomía, la escisión del municipio de Pivijay y la creación de los Municipios de Concordia y Zapayán. Sin embargo; en mucho de los casos con este proceso no se alcanzaron los objetivos esperados, dado que no se tuvieron en cuenta las diferentes capacidades técnicas y financieras de los municipios; por lo cual no pudieron asumir ni cumplir con los compromisos transferidos.

Esta institución no ha sido sometida a procesos de reestructuración. Su poca disponibilidad de recursos para inversión, le limitó su desarrollo, hasta el año 2003, cuando se inyectaron recursos importantes, los cuales fueron utilizados en su totalidad en la modernización de su infraestructura física y tecnológica que garantizan la prestación del servicio, pasando de ser una construcción deteriorada a un edificio moderno, con importantes proyectos en el área asistencial, tales

como la adecuaciones del área de urgencias, consulta externa, Hospitalización, ayuda diagnósticas, bloque quirúrgico-obstétrico y su nueva área administrativa.

## 6.2- UBICACION GEOGRAFICA



### **6.3- CULTURA CORPORATIVA Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA E.S.E**

#### **MISION**

La E.S.E. Hospital Santander Herrera de Pivijay tiene como misión prestar servicios de salud de II nivel de complejidad con recursos humano cálido, idóneo, con sentido social, equipos con tecnología de punta, altos estándares de calidad garantizando una atención oportuna en cada uno de los servicios ofertados, promoviendo una política de seguridad del paciente y de mejoramiento continuo respondiendo a las necesidades de la comunidad del municipio de Pivijay y su área de influencia.

#### **VISION**

La E.S.E. Hospital Santander Herrera de Pivijay en el 2016 será una IPS acreditada líder en la prestación de servicios de II nivel de complejidad en salud en la región con una política de responsabilidad social. Nuestro principal activo será un recurso humano cálido, idóneo, con sentido social, equipos con tecnología de punta, altos estándares de calidad, siempre garantizando una atención oportuna en cada uno de los servicios ofertados, promoviendo una política de seguridad del paciente y el mejoramiento continuo, comprometidos con la satisfacción de las necesidades de la comunidad del municipio de Pivijay y su área de influencia.

#### **POLÍTICA DE CALIDAD**

Es nuestro compromiso como IPS, ofrecer servicios de salud, eficientes y oportunos, de alta rentabilidad social y económica, cimentados en un talento humano calificado, tecnología de punta y espacios saludables, enmarcado en una política de seguridad del paciente y su núcleo familiar, propendiendo por la satisfacción de nuestros clientes a partir de la comprensión de sus necesidades y buscando siempre exceder las expectativas durante el proceso de atención, sostenidos en los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad,

teniendo como filosofía organizacional la mejora continua en todos los procesos de la institución y el crecer como entidad prestadora de servicios en salud de II Nivel en la región.

#### **POLÍTICA DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL**

La E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay asume la seguridad del paciente como componente prioritario de la calidad de la atención en salud, que se orienta a identificar, prevenir y gestionar la disminución de los riesgos que se deriven del proceso de atención. Garantizando una atención segura a todos sus usuarios, proporcionando los recursos necesarios para minimizar o evitar los riesgos en la prestación del servicio, promoviendo una cultura del reporte de eventos adversos, y así mejorar sus procesos asistenciales bajo los principios del mejoramiento continuo.

#### **6.4- SERVICIOS OFRECIDOS POR LA E.S.E SEGÚN HABILITACION URGENCIAS**

##### **Recepción y Evaluación del paciente**

- Atención Médica, estabilización, Pequeñas Cirugías.
- Atención Médica Especializada: (Ginecología, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General Ortopedia.)
- Otras actividades y procedimientos médicos, enfermería, anestesiología y ortopedia.
- Observación, internación y/o remisión de pacientes que lo requieran.
- Medicamento Inicial en urgencias.

##### **CONSULTA EXTERNA**

- CONSULTA MEDICA GENERAL: (5 Consultorios de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 m. y 2:00p.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 12:00 m.).
- CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE LUNES A SÁBADO EN:
- GINECOLOGIA
- PEDIATRIA

- MEDICINA INTERNA
- CIRUGIA GENERAL Y ANESTESIOLOGIA
- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
- RADIOLOGIA lunes a viernes de 8:00 A.M. a 12:00 P.M. Y DE 2:00 P.M. a 6:00 P.M. Y 24 horas para urgencias.
- ECOGRAFIA

Las consultas especializadas y Ecografías deben solicitar cita previa; a la oficina de atención al Usuario, con la presentación de los documentos en regla (Solicitud del Médico General, copia del CARNET de afiliación y documento de identificación.

- Atención Promoción y Prevención según resolución 412 del 2000.

Actividades de Protección Específica.

- Vacunación según esquema PAI
- Atención Planificación familiar Mujeres y hombres
- Atención en Salud Oral
- Atención del recién Nacido
- Atención de Parto Institucional.

Actividades de Detección Temprana de Alteraciones

- Consulta D. T Alteraciones del Embarazo
- Consulta D: T alteraciones del crecimiento y Desarrollo en menor de 10 años.
- Consulta D: T Alteración del Adulto Joven (10-29 años)
- Consulta D.T Alteraciones del Adulto Mayor (45-50-55- 60.....)
- Consulta D.T Cáncer Cérvico Uterino
- Consulta D.T de Cáncer mama
- Consulta D.T de alteraciones de agudeza Visual.

Actividades de salud pública y vigilancia epidemiológica.

- Consultas de Programas especiales Atención de Programas Especiales:
- T.B.C. Hansen, ETS/VIH/SIDA.



- Programa de Saneamiento Ambiental Básico: Control de Vectores, Calidad de Agua, Control de Alimentos, de Matadero, Medicamentos, Sanidad Portuaria, Residuos y Desechos Hospitalarios.

#### ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

- Servicio de URGENCIAS las 24 horas.
- Consulta de Odontología y Acción de Prevención Odontológica.

#### SERVICIO DE INTERNACIÓN Y CIRUGÍA.

- Internación u Hospitalización, las 24 horas:
- Cirugía

#### PEDIATRIA

- Cirugía.
- Cuidados Intermedios neonatales.
- Obstetricia.
- Psicología.
- Atención de Quemaduras.
- Servicios Complementarios.

#### APOYO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.

- Servicios de Medicamentos: medicamentos de urgencia.
- Fisioterapia: Terapia Física, Terapia del Leguaje y Terapia Respiratoria.
- Laboratorio Clínico: de 1º y 2º nivel. Con servicio transfusional con sello de calidad.

#### IMAGENOLOGIA

- Rayos X Simple o contrastado, Convencionales.
- Rayos X Profesionales: De vías digestivas, colangiografía, urografía, Salpingografía.
- Ecografía: Abdominal, ginecología, urología. Transvaginal y obstétrica.
- Electrocardiograma
- Citologías: lunes a viernes
- Colposcopias Biopsias

#### S.I.A.U.

- Consulta Individual de Trabajo Social, consulta grupal por trabajadora social, Admisión y Atención al Usuario.
- Fonoaudiología
- Consulta Individual por nutricionista.
- Consulta grupal por nutricionista.
- Promoción de dietas y estilos de vida Saludable.

#### OTROS SERVICIOS.

- Elaboración de Bolsas según código de colores

La entidad presta servicios a pacientes del régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particulares.

### **6.5- COBERTURA DE LA E.S.E HOSPITAL SANTANDER HERRERA**

La población objeto de la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay, esta determinada por la población del Municipio de Pivijay, para las acciones de primer Nivel y para la de segundo nivel de complejidad se determina tanto por la población de pivijay como la de los municipios aledaños tales como: Salamina, Piñón. Remolino, Sitio Nuevo, Zapayan, Concordia, Cerro de San Antonio y Pedraza, debido a que es Nodo de Red de esta Zona.

*Población según el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) y la Dirección Nacional de Planeación. (D.N.P.)*

El Departamento del Magdalena presenta una población proyectada de 1.235.425 habitantes según las estadísticas presentadas por el Dane.

*Población Régimen Contributivo (Fosyga)*

En el régimen contributivo encontramos una población afiliada en el Departamento del Magdalena, según reporte de base de datos Fidufosyga tomada del FTP (Protocolo de Transferencia de Archivos) dispuesto por FOSYGA, en estado activo una población de 355.106 afiliados. De esta población corresponde al Municipio de Pivijay 1.725 afiliados activos.

Tabla No 1. Población Régimen Contributivo Zona Rio

Municipio	Total	Activos	Retirados	Desafiliados	Fallecidos	Suspendidos	Exterior
CERRO SAN ANTONIO	291	150	57	82	2	0	0
CONCORDIA	82	34	35	11	2	0	0
EL PIÑON	351	221	99	29	2	0	0
PEDRAZA	154	63	60	28	3	0	0
PIVIJAY	2827	1725	523	527	52	0	0
REMOLINO	57	42	2	12	1	0	0
SALAMINA	220	117	27	67	7	2	0
SITIONUEVO	392	220	67	101	4	0	0
ZAPAYÁN	14	10	2	2	0	0	0
Total	4388	2582	872	859	73	2	0

Fuente: Base de Datos Fidufosyga

### *Población Régimen Subsidiado (Fosyga)*

De igual Forma encontramos que en la Base de Datos del Régimen Subsidiado del Departamento del Magdalena se encuentra una población Activa de 929.740 afiliados. Correspondiendo al Municipio de Pivijay 34.130 afiliados activos.

Tabla No 2. Población Régimen Subsidiado Zona Rio

		Total	Afiliados		
Cód. Mpio	Municipios	Registros	Activos	Retirados	Fallecidos
161	CERRO SAN ANTONIO	9.080	8.099	812	169
205	CONCORDIA	10.475	9.438	808	229
258	EL PIÑON	20.849	17.842	2.672	335
541	PEDRAZA	10.277	8.337	1.768	172
551	PIVIJAY	39.987	34.130	5.032	825
605	REMOLINO	8.658	7.506	887	265
675	SALAMINA	9.454	8.020	1.162	272
745	SITIONUEVO	19.199	16.681	2.150	368
960	ZAPAYÁN	8.422	7.361	931	130
Total Zona Rio		136.401	117.414	16.222	2.765

Fuente: Fosyga

*Población Régimen de Excepción (Docente, Policías Activos) Secretaria Seccional de Salud Departamental del Magdalena.*

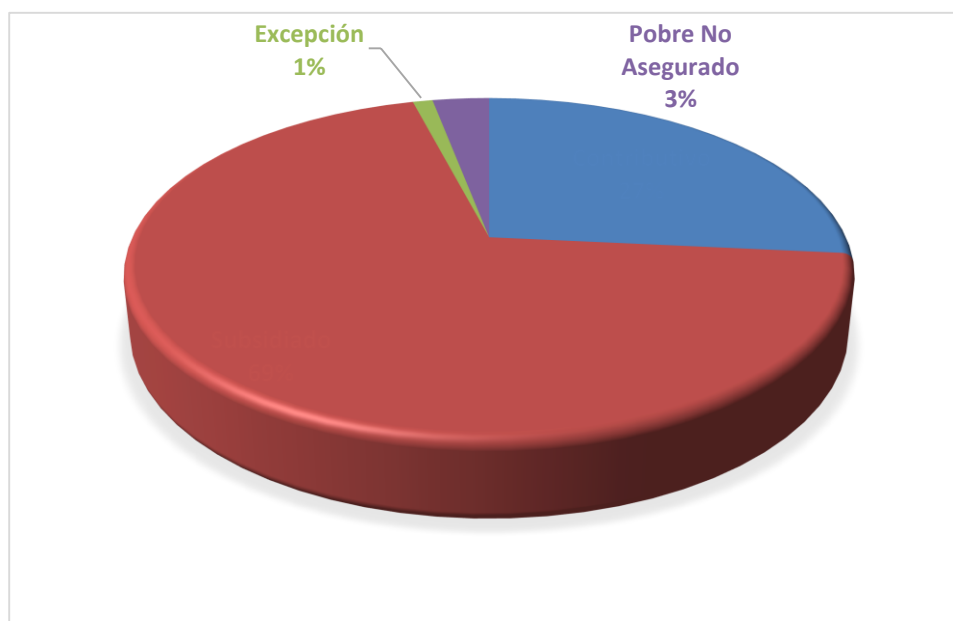
El Área de aseguramiento de la Secretaria Seccional de Salud del Magdalena comenzó en el año 2012 a consolidar la población del Régimen de Excepción del Departamento del Magdalena, logrando consolidar un total de 9.312 afiliados para el régimen de Excepción, para el 30 de Junio de la presenta anualidad se ha logrado consolidar un total de 14.087 afiliados al régimen de Excepción, es decir que se aumentó la población en un 51.1%.

Tabla No 3. Población Régimen de Excepción

Municipio	2012	2013
CERRO SAN ANTONIO	63	89
CONCORDIA	102	134
EL PIÑON	105	196
PEDRAZA	90	107
PIVIJAY	358	466
REMOLINO	63	92
SALAMINA	94	109
SITIONUEVO	191	263
ZAPAYÁN	80	89
Total Afiliados	1146	1545

Fuente: Secretaria de Salud- Aseguramiento

Grafica 1. Población Afiliada por Régimen



Fuente: DANE

Actualmente el Departamento del Magdalena presenta cobertura universal significando que la población se encuentra afiliada a cualquiera de los regímenes de aseguramiento, llámese subsidiado, contributivo o excepción, cuya rotación entre subsidiado y contributivo es permanente lo que explica la fluctuación de la población entre un mes a otro, pero en todo caso se garantiza que la población pobre no asegurada se les garantice los beneficios de salud.

## 6.6- INFORMACION DE PRODUCCION.

Como se observa en la tabla No 4, la producción de la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay ha venido incrementando su producción con respecto al 2010. En el año 2010 su producción en UVR fue de 782.742,71; en el año 2011 fue de 943.062,70 y finalizo el año 2012 con una producción en UVR de 910.611,58.

Tabla No 4. Información de Producción

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS			
Variable	2010	2011	2012
Camas de hospitalización	40	40	40
Total de egresos	3.261	3.712	3.481
Porcentaje Ocupacional	57,29	77,6	69,26
Promedio Días Estancia	2,54	3,18	3,05
Giro Cama	81,53	92,8	87,03
Consultas Electivas	37.649	37.143	38.034
Consultas de medicina general urgentes realizadas	10.960	12.668	13.815
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	0	0	5.897
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	1.578	1.865	1.796
Numero de partos	975	1.019	998
% Partos por cesárea	48	49,85	49,8
Exámenes de laboratorio	48.887	62.490	60.543
Número de imágenes diagnósticas tomadas	9.345	13.740	11.493
Dosis de biológico aplicadas	30.997	34.903	27.908
Citologías cervicovaginales tomadas	2.718	2.699	2.412
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	6.868	4.667	6.001
Producción Equivalente UVR	782.742,71	943.062,70	910.611,58

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena. Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

## 6.7- INFORMACION DE CALIDAD.

De acuerdo a la siguiente tabla, para la vigencia 2012 las muertes intrahospitalarias antes de 48 horas no se dieron; sin embargo aumentaron las muertes intrahospitalarias después de las 48 horas, pasando de un 0.09 en el 2010 a un 0.29 en el 2012. El promedio días de consultas medicas generales se mantiene en 1 durante las tres vigencias; pero la cancelación de cirugías electivas incrementa de 10.66 en el 2010 a 22.57 en el 2012.

Tabla No 5. Información de Calidad

CALIDAD DE ATENCIÓN			
Variable	2010	2011	2012
% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas	0,03	0,03	0
% Muertes intrahospitalarias después 48 horas	0,09	0,19	0,29
% infección intrahospitalaria	0,71	2,61	0,34
% cancelación cirugía electiva	10,66	17,64	22,57
Promedio días consulta médica general	1	1	1
Promedio días consulta ginecoobstétrica	25,55	25,19	21,27
Número de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica	0	0	0
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	1,79	3,81	3,59
Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos	0,02	0,02	0,03

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

## **6.8 COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL, ECONOMICO Y FINANCIERO DE LA E.S.E HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY, MAGDALENA**

En la actualidad la E.S.E Santander Herrera de Pivijay se constituye en el nodo de red único para la prestación de servicio de salud en II nivel de atención a la población pobre no asegurada, población afiliada al régimen Subsidiado, Régimen contributivo y Régimen especiales. Antes del año 2000 esta institución no presentaba mayor signo de desarrollo a partir de ese año y hasta la fecha se producen modificaciones financieras de trascendencia para colocarla en un nivel de aceptación y de desarrollo para toda la Subregión.

Además de lo anterior la fortaleza mayor que posee es considerarse un prestador único de I y II nivel en el municipio de Pivijay lo que le permite concentrar toda la contratación de todos los Regímenes garantizando un buen flujo de recursos provenientes de la ventas de servicios, hoy cuenta con un área administrativa totalmente nueva, se logró la construcción de las áreas de servicios generales y mantenimiento hospitalario, la construcción de la urgencia la cual cuenta con 5 consultorios, la sala de observación, área de pediatría y hospitalización construida en el año 2007, todo esto ha logrado posicionarla en el mercado de la salud.

En relación al sistema de referencia y contra referencia en época de verano la mayorías de hospitales que integran el nodo de I nivel entre estos Sitio nuevo, Salamina, Remolino, El Piñón; Cerro de San Antonio, Pedraza, Zapayan, pueden remitir sus pacientes a esta institución; sin embargo, cuando en las épocas del año se presenta el invierno la referencia se modifica en una gran parte, solo accediendo al segundo nivel los pacientes provenientes de los municipios cercanos tales como: Piñón, Salamina y Cerro de San Antonio, el resto de los municipios quedan incomunicados y deben remitir sus pacientes y la ciudad de Barranquilla a clínicas particulares incrementando los costos para el ente territorial. Esta E.S.E concentra la atención de I y II nivel de atención prestándole



el servicio a una población pobre no asegurada de 5529 habitantes y 28562 afiliados al régimen subsidiado de las empresas comparta, Coosalud, Caprecom, Barrios Unidos de Quibdo entre otras.

En cuanto la prestación básica de salud ofrece las cuatros necesidades básicas: Cirugía, medicina Interna, Pediatría y Ginecología, además de contar con el servicio de traumatología y ortopedia permitiéndonos desarrollar sus procedimientos quirúrgicos de acuerdo al nivel de complejidad; sin embargo su desarrollo tecnológico no ha sido acorde con su desarrollo de infraestructura, medianamente se cumple con los diagnósticos de imágenes; muchos de sus consultorios de odontología se utilizan parcialmente mientras que posee un laboratorio clínico con un gran uso y con equipos de tecnología avanzada.

Por otra parte en los últimos años también se ha trabajado en la adecuación de centros de salud del área rural, tales como son: Media luna el cual funciona las 24 horas del día, y el centro de salud de Canoa que muy a pesar de su inversión no se encuentra prestando servicio.

La situación financiera de la Entidad en los últimos años ha sido deficitaria, ya que ha comprometido gastos más allá de la capacidad para cubrirlos o pagarlos; reflejando de esta forma un mal manejo de las facultades (autonomía Institucional) que le otorgo la ley.

Por lo anterior, el déficit de la Entidad crece, presentando un desfase significativo entre sus ingresos y gastos.

#### **6.8.1.- PERSONAL DE PLANTA**

Uno de los principales indicadores es el del recurso Humano, siendo este el recurso principal para el funcionamiento de la E.S.E; por lo que se hace necesario la descripción de la composición del mismo.

Tabla No 6. Clasificación del Recurso Humano en Nomina

PLANTA DE PERSONAL						
Variable	2010	%	2011	%	2012	%
Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	119		119		117	
Empleados Públicos	82	0,69	81	0,68	77	0,66
Trabajadores Oficiales	25	0,21	26	0,22	26	0,22
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	12	0,10	12	0,10	14	0,12

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Como se puede observar, los empleados públicos durante las tres vigencias son los más representativos en el total de la planta de personal, con un porcentaje del 67%; le siguen los trabajadores oficiales con un promedio del 21% y por último los de libre nombramiento con una participación promedio para las tres vigencias del 10%.

#### 6.8.2- SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS

Los servicios personales indirectos, representan los gastos destinados a atender la contratación de personas jurídicas o naturales para que presten servicios calificados o profesionales no desarrollados con personal de planta.

Tabla No 7. Participación de los Servicios Personales Indirectos en el Total de Gastos de Personal

<b>Contratacion Externa</b>			
<b>Variable</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Servicios Personales Indirectos	3.099.754	3.745.969	3.925.927
Gastos de Personal	7.069.410	8.032.757	8.487.124
<b>% Participacion</b>	<b>0,44</b>	<b>0,47</b>	<b>0,46</b>

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Con el transcurrir del tiempo, los servicios personales indirectos de la Entidad han venido aumentando año a año, donde para la vigencia 2010 fue el más bajo, representaba un 44% del total de los gastos de personal, para el año 2011 tuvo un incremento de dos puntos con respecto al anterior, ubicándose en un 47% de este total; sin embargo en el 2012 cerro la vigencia con un porcentaje de participación del 46%, mostrando así una disminución de este con respecto a la vigencia inmediatamente anterior.

Es importante controlar el recurso humano de la entidad, tanto personal de plata como indirecto; debido a que el aumento injustificado de este puede ocasionar gastos innecesarios, que no serán retribuidos con el incremento de la producción y por ende de los ingresos.

### **6.8.3- INFORMACION DE FACTURACION**

En lo referente a facturación, se ha disminuido en el año 2012 con respecto al 2010 y 2011; con un valor de glosa Inicial para el 2012 de \$ 96.729.271, mientras que los años anteriores no tenían glosas. La financiación de la Entidad se

encuentra mayormente en los contratos de prestación de servicios de salud del Régimen Subsidiado y Atención a Población Pobre no vinculada al sistema de seguridad social; en tercer lugar su financiación corresponde a otras ventas de servicios de salud y Régimen Contributivo. De lo anterior es preciso aclarar que solo el Régimen Subsidiado representa el 70% del total de la facturación y la APPN el 21%.

Tabla No 8. Información De Facturación

Concepto	2010			2011			2012		
	Contratado	G. I	Recaudado Vigencia Actual	Contratado	G.I	Recaudado Vigencia Actual	Contratado	Glosa Inicial	Recaudado Vigencia Actual
Régimen Contributivo	148.168.646	0	64.176.571	115.831.713	0	3.504.535	151.551.160	0	3.504.535
Régimen Subsidiado	5.618.745.644	0	4.452.322.473	5.261.916.261	0	5.261.147.619	6.788.422.166	96.729.271	5.261.147.619
PP en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	2.519.237.924	0	2.392.590.643	3.946.675.184	0	1.942.194.703	2.150.679.563	0	1.942.194.703
PP no afiliada al Régimen Subsidiado	2.519.237.924	0	2.392.590.643	3.946.675.184	0	1.942.194.703	2.150.679.563	0	1.942.194.703
Servicios No POSS de la Población Afiliada al Régimen Subsidiado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOAT (Diferentes a Fosyga)	37.025.019	0	1.404.978	0	0	0	0	0	0
FOSYGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	972.400.528	0	664.864.013	481.951.899	0	0	0	0	0
Otras Ventas de Servicios de Salud	2.512.215.438	0	2.417.741.256	146.234.820	0	472.844.983	745.030.471	0	472.844.983
<b>Total venta de servicios de salud</b>	<b>11.807.793.199</b>	<b>0</b>	<b>9.993.099.934</b>	<b>9.952.609.877</b>	<b>0</b>	<b>7.679.691.840</b>	<b>9.835.683.360</b>	<b>96.729.271</b>	<b>7.679.691.840</b>

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

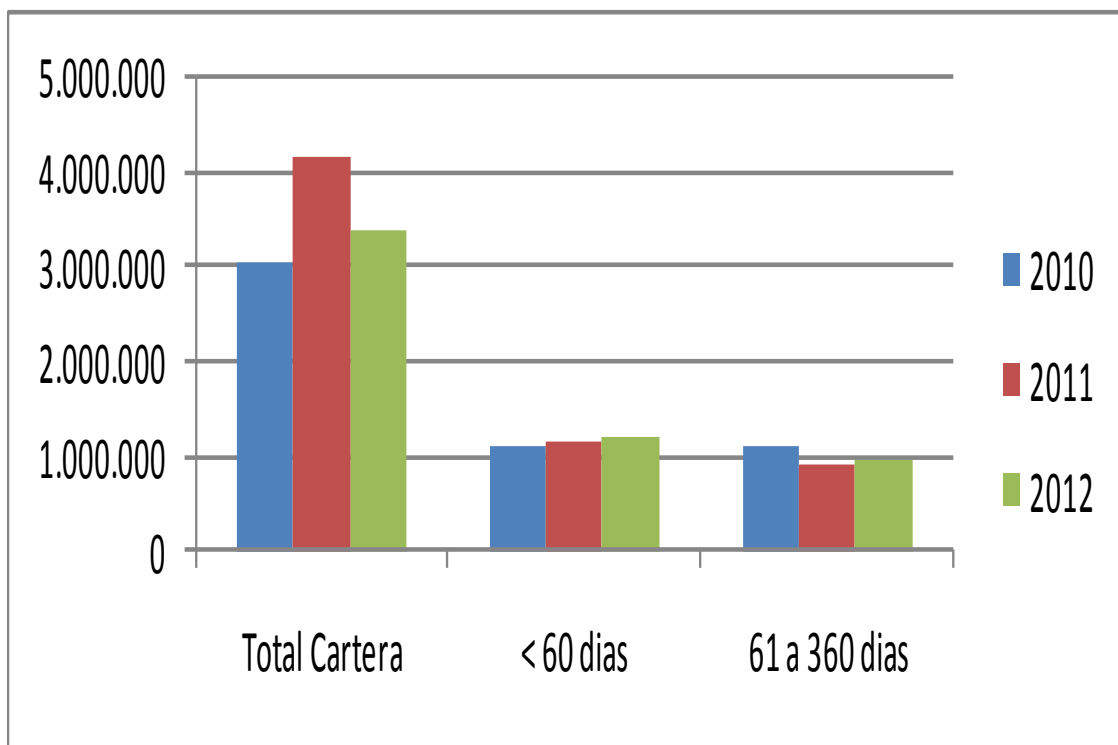
Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

#### 6.8.4- INFORMACION DE CARTERA

Al analizar la información de cartera, encontramos que esta para la vigencia 2010 estaba en 3.026.557 millones de pesos; donde el 37% del total de esta cartera corresponde a menor a 60 días, el 36% a 360 días y el 27% restante mayor a 360 días; mostrando así una cartera recuperable. Para el año 2011, esta cartera se incremento con respecto a la vigencia inmediatamente anterior, paso a 4.161.732 millones de pesos, donde los mayores influyentes en este aumento fueron el

régimen Subsidiado y Población Pobre. A diferencia del año anterior, esta cartera corresponde el 51% a mayor a 360 días, el 28% menor a 60 días y el 22% a 360 días; indicando que el mayor valor a cobrar es de difícil cobro. En lo que concierne al año 2012, la cartera disminuye, cerrando con un total de cartera de 3.366.769 millones de pesos. Con esta cartera mejora el escenario de la Entidad debido a que es menor el porcentaje de participación de la cartera de difícil cobro, paso de un 51% en el 2011 a un 36% en el 2012. Por otra parte mejora la cartera menor a 60 días con un 35%.

Grafica 2. Total Cartera por Edades



Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Tabla No 9. Información de Cartera

CARTERA POR EDAD Y DEUDORES (miles de pesos corrientes)			
Variable	2010	2011	2012
Total Cartera	3.026.557	4.161.732	3.366.769
< 60 días	1.108.193	1.153.306	1.180.617
61 a 360 días	1.094.867	896.609	975.374
> 360 días	823.497	2.111.817	1.210.777
Régimen Subsidiado	1.761.522	2.908.022	2.307.607
< 60 días	738.700	726.115	1.040.981
61 a 360 días	656.851	568.577	486.294
> 360 días	365.971	1.613.330	780.332
Población Pobre No Asegurada	285.887	601.505	208.485
< 60 días	285.887	360.902	13.468
61 a 360 días	0	240.603	195.017
> 360 días	0	0	0
Régimen Contributivo	401.612	372.112	518.610
< 60 días	30.306	43.179	73.180
61 a 360 días	53.686	43.717	74.866
> 360 días	317.620	285.215	370.564
SOAT ECAT	59.720	44.729	44.729
< 60 días	5.094	0	0
61 a 360 días	30.526	0	0
> 360 días	24.100	44.729	44.729
Otros Deudores	517.816	235.364	287.338
< 60 días	48.206	23.109	52.988
61 a 360 días	353.805	43.712	219.198
> 360 días	115.806	168.543	15.153

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

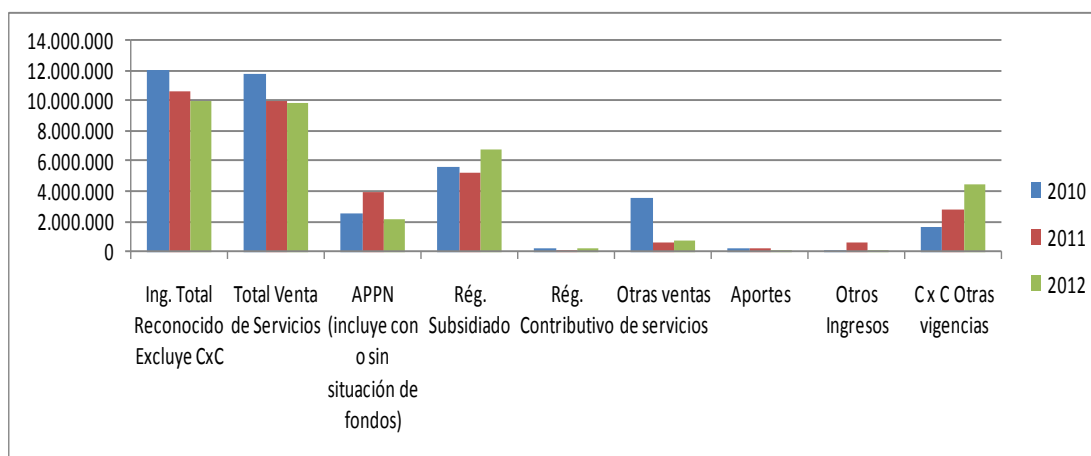
## 6.8.5- ANALISIS PRESUPUESTAL

### 6.8.5.1- INFORMACION DE INGRESOS

De acuerdo a lo reflejado en la grafica, los ingresos por ventas de servicios de salud han disminuido, esto se debe a que la cuenta de otras ventas de servicios de salud, para la vigencia 2010 era de 3.522 millones de pesos, y para el 2011 y 2012 decreció en más de un 80% reconociendo solo 628. Por otra parte, está la disminución de los ingresos reconocidos por PPNA, situación que no se puede cambiar por el proceso de la unificación del POS.

Es preciso resalta, que el mayor generador de ingresos a la Entidad, es el Régimen Subsidiado, con el pasar de los años ha cobrado importancia en estos ingresos; para el 2010 tuvo un porcentaje participativo del 47% con respecto al total de ingresos por ventas de servicios de salud; culminando en la vigencia del 2012 influyendo en un 70% de este total. En segundo lugar se ubica la Población Pobre, muy a pesar de lo mencionado anteriormente. Los demás ingresos se generan por aportes y cobro de vigencias anteriores.

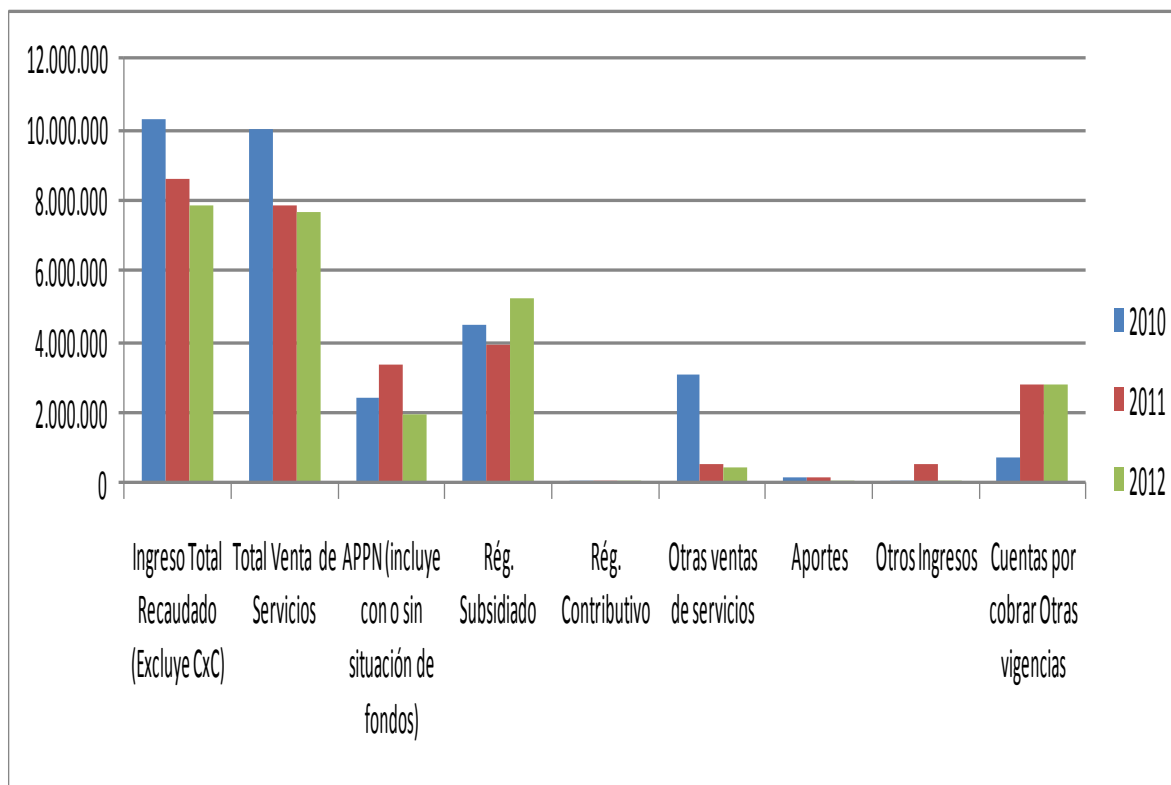
Grafica 3. Ingresos Reconocidos



Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Grafica 4. Ingresos Recaudados



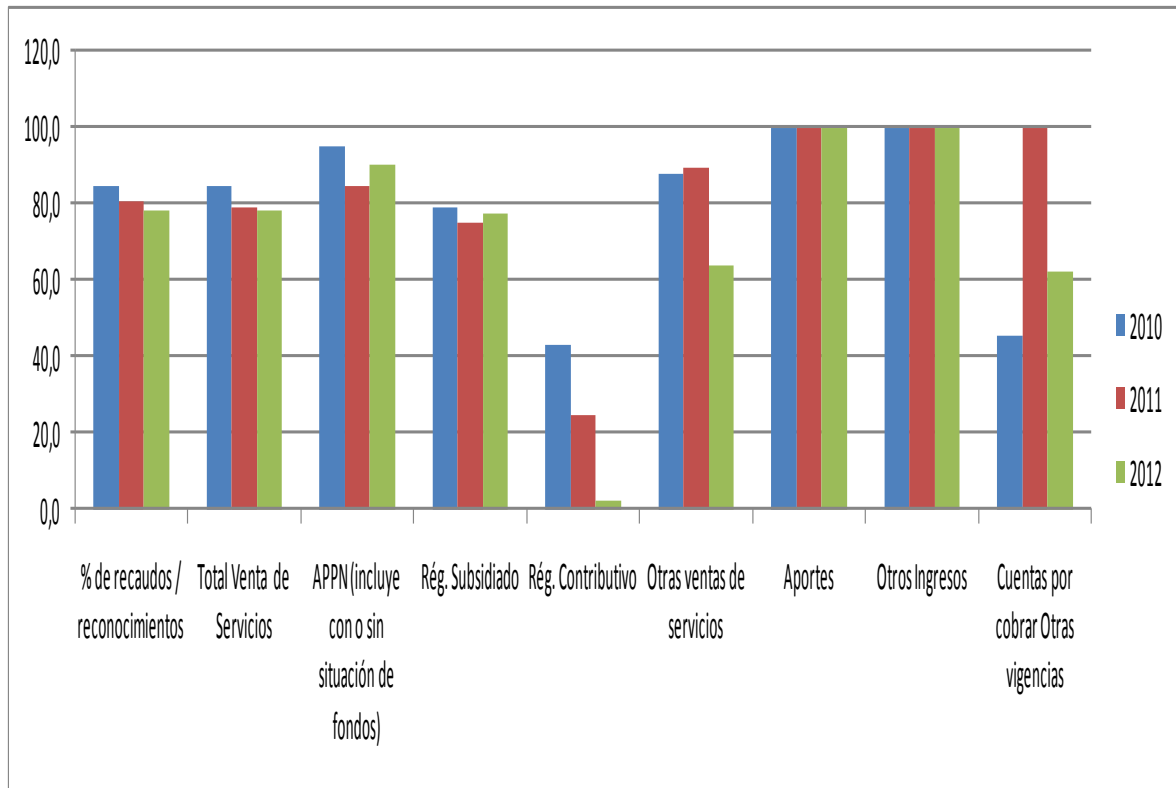
Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Al hacer la comparación de los ingresos reconocidos contra los ingresos recaudados, notamos que su recaudo va disminuyendo. En el año 2010, recaudo un 85%, en el 2011 un 81% y en el 2012 cierra con un recaudo del 78%, rompiendo la tendencia que traía de un promedio del 80%. Esta situación, hace que la entidad aumente sus pasivos debido a que no logra cubrir sus gastos con los ingresos efectivos.



Grafica 5. Ingresos Reconocidos / Ingresos Recaudados



Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Tabla No 10. Información de Ingresos

Concepto	2010			2011			2012		
	Reconocido	Dic	Recaudado	Reconocido	Dic	Recaudado	Reconocido	Dic	Recaudado
DISPONIBILIDAD INICIAL	113.381.000	20.595.551	113.381.000	62.499.000	864.985.827	62.499.000	0	973.522.412	0
Ingresos Corrientes	11.983.571.199	1.594.813.008	10.168.877.934	10.102.609.877	867.234.998	8.052.694.458	9.896.782.207	296.852.995	7.740.790.687
Venta de Servicios de Salud	11.807.793.199	1.594.813.008	9.993.099.934	9.952.609.877	867.234.998	7.902.694.458	9.835.683.360	296.852.995	7.679.691.840
Reg. Subsidiado	5.618.745.644	1.064.885.236	4.452.322.473	5.261.916.261	296.428.038	3.967.223.996	6.788.422.166	540.891.278	5.261.147.619
Reg. Contributivo	148.168.646	3.608.944	64.176.571	115.831.713	0	28.934.935	151.551.160	2.632.635	3.504.535
APPN (incluye con y sin situació	2.519.237.924	477.976.816	2.392.590.643	3.946.675.184	479.530.640	3.345.169.693	2.150.679.563	-396.683.093	1.942.194.703
SOAT	37.025.019	0	1.404.978	0	0	0	0	0	0
FOSYGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Plan de intervenciones colectiva	972.400.528	0	664.864.013	481.951.899	91.276.320	481.951.899	0	0	0
Otras ventas de servicios de sa	2.512.215.438	48.342.012	2.417.741.256	146.234.820	0	79.413.935	745.030.471	150.012.175	472.844.983
Total Aportes (No ligados a la v	175.778.000	0	175.778.000	150.000.000	0	150.000.000	61.098.847	0	61.098.847
Otros ingresos corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos de Capital	1.698.473	69.166	1.698.473	504.368.169	0	504.368.169	2.292.850	46.067	2.292.850
Otros Ingresos	0	0	0	1.363.142	466.276	1.363.142	72.821.485	0	72.821.485
Cuentas por cobrar Otras vigen	1.648.639.816	39.081.528	748.692.462	2.830.056.630	223.677.452	2.830.056.630	4.436.811.219	546.442.614	2.769.376.474
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>	<b>13.633.909.488</b>	<b>1.633.963.702</b>	<b>10.919.268.869</b>	<b>13.438.397.818</b>	<b>1.091.378.726</b>	<b>11.388.482.399</b>	<b>14.408.707.761</b>	<b>843.341.676</b>	<b>10.585.281.496</b>

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO – Decreto 2193 de 2004.

Tabla No 11. Porcentaje de Recaudos de la E.S.E H.S.H

RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS			
Variable	2010	2011	2012
% de recaudos / reconocimientos	85,0	80,8	78,4
Total Venta de Servicios	84,6	79,4	78,1
APPN (incluye con o sin situación de fondos)	95,0	84,8	90,3
Rég. Subsidiado	79,2	75,4	77,5
Rég. Contributivo	43,3	25,0	2,3
Otras ventas de servicios	87,6	89,4	63,5
Aportes	100,0	100,0	100,0
Otros Ingresos	100,0	100,0	100,0
Cuentas por cobrar Otras vigencias	45,4	100,0	62,4

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

#### 6.8.5.2- INFORMACION GASTOS COMPROMETIDOS

Los gastos comprometidos de la Entidad están compuestos por gastos de personal, gastos generales, gastos de operación y prestación de servicios, otros gastos y las cuentas por pagar de vigencias anteriores.

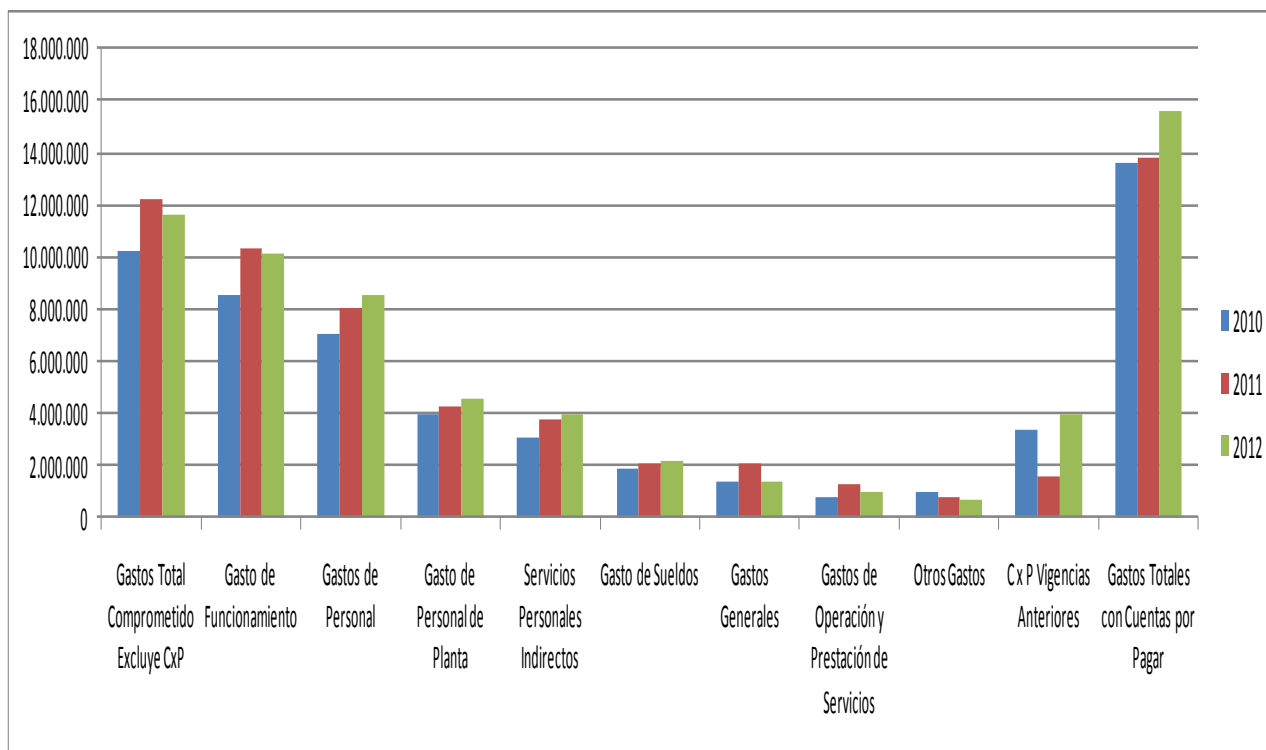
Es preciso aclarar que los gastos más representativos, son los gastos de personal, desde 2010 hasta el 2012 mantienen un promedio de participación del 80% con respecto al total de gastos de funcionamiento.

Si pasamos a analizar los pagos realizados de estos compromisos, observamos que para el 2010 y 2011 se logro cancelar el 81% del total de sus compromisos; situación que para el 2012 cambia negativamente debido a que rompe el histórico

de un promedio de pago del 81% de sus compromisos, en esta vigencia solo alcanzo a cubrir el 61% de estos.

Lo anterior nos refleja que la Entidad no cuenta con los ingresos necesarios para mantenerse y garantizar la continuidad de la prestación de servicios, salvo que se haga un ajuste en los compromisos adquiridos año a año.

Grafica 6. Gastos Comprometidos



Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Tabla No 12. Composición de los Gastos Comprometidos de la E.S.E H.S.H

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)			
Variable	2010	2011	2012
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	10.186.964	12.232.916	11.600.408
Gasto de Funcionamiento	8.570.764	10.311.953	10.172.694
Gastos de Personal	7.069.410	8.032.757	8.487.124
Gasto de Personal de Planta	3.969.656	4.286.788	4.561.197
Servicios Personales Indirectos	3.099.754	3.745.969	3.925.927
Gasto de Sueldos	1.913.050	2.079.031	2.174.325
Gastos Generales	1.346.721	2.070.261	1.417.669
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	794.908	1.320.946	1.029.430
Otros Gastos	975.925	808.951	666.186
C x P Vigencias Anteriores	3.380.668	1.619.030	4.008.455
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	13.567.632	13.851.946	15.608.863

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

### **6.8.5.3- RELACION DE GASTOS COMPROMETIDOS ENTRE INGRESOS**

#### **Reconocido vs Compromisos**

Al hacer un comparativo entre los ingresos reconocidos y gastos comprometidos de la E.S.E, notamos que en el 2010 sus gastos comprometidos estuvieron acorde con sus ingresos esperados, arrojando así una disponibilidad final positiva de \$ 179.658.510. Sin embargo, para las 2011 y 2012 estas situaciones cambia, pasando de superávit en el año anterior a déficit presupuestal en estas dos vigencias; arrojando un saldo negativo de -351.049.093 y -1.200.154.779 respectivamente. Lo que nos indica que la Entidad esta comprometiendo muy por encima de sus ingresos.

#### **Recaudo vs Compromisos**

Si analizamos la relación ingresos recaudado con gastos comprometidos, notamos que la Entidad en el 2010 con sus ingresos recaudados pudo pagar el 80% de sus gastos comprometidos. Situación que para el 2011 presenta una mejoría debido a que su recaudo fue más alto, por lo que logro pagar el 82% de sus compromisos adquiridos. Sin embargo, para la vigencia 2012, la anterior situación desmejoro significativamente con respecto al 2010 y 2011; en este año solo alcanzaba a pagar el 68% de sus compromisos con los ingresos netamente recaudados. Lo anterior nos indica que la entidad año a año incurre en un incremento significativo de sus cuantas por pagar de vigencias anteriores.

Tabla No 13. Información de Gastos Comprometidos y Pagos de la E.S.E H.S.S

Concepto	2.010			2.011			2.012		
	Compromisos	Dic	Pagos	Compromisos	Dic	Pagos	Compromisos	Dic	Pagos
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	8.570.764.486	1.362.428.415	7.218.069.629	10.311.953.474	1.249.087.269	8.046.470.593	10.172.693.997	731.269.790	7.442.841.475
Gastos de Personal de Planta	3.969.656.040	657.961.559	3.607.065.722	4.286.787.906	599.272.916	3.569.753.981	4.561.197.176	316.069.062	3.566.212.395
Sueldos personal de nómina	1.913.049.571	426.102.898	1.750.748.276	2.079.031.407	270.486.430	1.737.560.865	2.174.325.279	184.098.962	1.810.730.809
Horas extras, dominicales y fest	192.186.222	23.546.178	175.658.757	221.276.650	33.921.156	179.465.126	304.851.935	28.811.125	242.803.824
Otros conceptos de servicios pe	734.081.203	131.933.321	657.296.346	844.156.058	219.763.580	749.035.763	824.462.203	28.057.247	509.456.762
Contribuciones inherentes a la n	1.130.339.044	76.379.162	1.023.362.343	1.142.323.791	75.101.750	903.692.227	1.257.557.759	75.101.728	1.003.221.000
Servicios Personales Indirectos	3.099.753.960	547.283.044	2.729.888.925	3.745.969.407	374.325.860	3.026.103.082	3.925.926.521	311.780.736	2.514.882.374
GASTOS GENERALES	1.346.720.991	134.838.142	726.481.487	2.070.260.738	265.679.757	1.258.748.007	1.417.668.707	103.419.992	1.132.753.645
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	154.633.495	22.345.670	154.633.495	208.935.423	9.808.736	191.865.523	267.901.593	0	228.993.061
GASTOS DE OPERACION COME	794.908.356	161.775.266	682.873.319	1.320.946.441	204.813.094	961.731.646	1.029.429.562	12.824.556	449.798.799
INVERSION	821.291.419	64.545.643	616.998.317	600.015.974	100.606.171	556.624.869	398.284.390	67.485.000	264.531.042
DEUDA PUBLICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUENTAS POR PAGAR (Vigencia	3.380.667.717	0	2.448.898.675	1.619.030.022	134.733.750	1.619.030.022	4.008.454.591	14.378.065	1.437.203.503
<b>TOTAL DE GASTOS</b>	<b>13.567.631.978</b>	<b>1.588.749.324</b>	<b>10.966.839.940</b>	<b>13.851.945.911</b>	<b>1.689.240.284</b>	<b>11.183.857.130</b>	<b>15.608.862.540</b>	<b>825.957.411</b>	<b>9.594.374.819</b>
<b>DISPONIBILIDAD FINAL</b>	<b>179.658.510</b>	<b>65.809.929</b>	<b>65.809.929</b>	<b>-351.049.093</b>	<b>267.124.269</b>	<b>267.124.269</b>	<b>-1.200.154.779</b>	<b>990.906.677</b>	<b>990.906.677</b>

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

## **6.9- INDICADORES ECONOMICOS Y FINANCIEROS**

### **6.9.1- Análisis Del Activo**

La E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay, muestra un crecimiento en sus activos corriente durante las vigencias 2010,2011 y 2012. En el año 2010, sus activos corrientes representaban el 25% de total de sus activos y finalizo el 2012 con 30%. Haciendo referencia que los rubros más representativos de los activos corrientes durante estas vigencias es deudor, con un porcentaje promedio del 93% para cada año.

Por otra parte, el activo no corriente, esta representado en un 75% para la vigencia 2010, 77% para el 2011 y un 70% para el 2012. Donde su mayor rubro se encuentra en activos fijos, arrojando un porcentaje de participación de 88%, 76% y 83% respectivamente.

Como se puede notar, la mayoría de los ingresos de este Hospital están representados en cuentas por cobrar, con un efectivo en el año 2012 de 243.597 millones de pesos.

### **6.9.2- Análisis Del Pasivo y Patrimonio**

Los pasivos de la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay, representaron un 41%, 57% y 71% del total de pasivos y patrimonio durante los años 2010, 2011 y 2012. Específicamente estuvieron representados en cuentas por pagar con un porcentaje del 88%, 77% y 85% del total de pasivos en los años 2010,2011 y 2012 respectivamente. Por otra parte están las obligaciones laborales que durante las tres vigencias solo representan el 10%, 8% y el 9% respectivamente del total de pasivos.



Para la vigencia 2012 la E.S.E no cuenta con el efectivo suficiente para cancelar las cuentas por pagar que representan el 85% del total de sus pasivos y las obligaciones laborales que representan el 9%. Situación que pone en grave riesgo la operacionalidad y funcionalidad de esta.

#### **6.9.3- Análisis Cartera vs Pasivos**

La cartera de la E.S.E suma un total de \$4.000 millones, la cual no alcanza a financiar los pasivos de \$15.400 millones. La E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay, presenta una desfinanciación de \$11.400 millones, los cuales hacen parte de lo que se necesita para sanear las finanzas de la E.S.E.

#### **6.9.4- Análisis Del Estado De Actividad Económica Y Social**

El 100% de los ingresos operacionales de la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay durante los años 2010,2011 y 2012 provienen de la venta de servicios de salud.

En esta Entidad los costos de ventas para la vigencia 2011 y 2012 exceden los ingresos operacionales. Estos representan un 1.04% y 1.02% respectivamente. Solo en el año 2010 los costos de ventas estuvieron por debajo de los ingresos de la Entidad, correspondían al 70% de estos ingresos. Al sumar los costos de ventas con los gastos operacionales, para la vigencia 2010 la Entidad obtuvo un superávit de 1.740.337 millones de pesos; para las vigencias 2011 y 2012 esta situación cambia desfavorablemente para la E.S.E, arrojando déficit por valor de -2.479.868 y -2.210.133 millones de pesos respectivamente.

Tabla No. 14 Balance General- Activo

		<b>DIC 31 2012</b>	<b>DIC-31 2011</b>	<b>DIC-31 2010</b>
<b>Código</b>	<b>ACTIVO</b>			
	<b>CORRIENTE</b>	<b>3.301.422</b>	<b>2.648.584</b>	<b>2.401.795</b>
<b>11</b>	<b>Efectivo</b>	<b>243.597</b>	<b>275.080</b>	<b>62.498</b>
1105	Caja	2.002	28.118	2.681
1110	Bancos y corporaciones	241.595	246.962	59.817
<b>14</b>	<b>Deudores</b>	<b>2.997.093</b>	<b>2.373.504</b>	<b>2.339.297</b>
1409	Servicios de Salud	2.083.129	2.049.916	2.203.060
1413	Transferencias por cobrar	-	-	-
1420	Avances y anticipos entregados	-	-	-
1424	Recursos entregados en Administracion	-	-	-
1425	Depositos Entregados	1.324.908	734.533	540.316
1470	Otros deudores	-	-	-
1480	Provisión para deudores	- 410.944	- 410.945	- 404.079
<b>15</b>	<b>Inventarios</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
1518	Materiales para la prestacion de servicios	-	-	-
1580	Provisión para protección de inventarios	-	-	-
<b>19</b>	<b>Otros activos</b>	<b>60.732</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
1905	Gastos pagados por anticipado	36.032	-	-
1970	Intangibles	24.700	-	-
1997	Provisión para bienes y derechos en Invest. Activa	-	-	-
	<b>NO CORRIENTE</b>	<b>7.707.090</b>	<b>8.803.189</b>	<b>7.382.528</b>
<b>12</b>	<b>Inversiones</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
1207	Inversiones Patrimoniales	-	-	-
<b>14</b>	<b>Deudores</b>	<b>1.289.504</b>	<b>2.111.817</b>	<b>823.497</b>
1409	Servicios de Salud	1.289.504	2.111.817	823.497
1413	Transferencias por Cobrar	-	-	-
1420	Avances y anticipos entregados	-	-	-
1470	Otros deudores	-	-	-
1424	Recursos entregados en Administracion	-	-	-
1480	Provision para Deudores	-	-	-
<b>16</b>	<b>Propiedades, planta y equipo</b>	<b>6.417.586</b>	<b>6.666.672</b>	<b>6.531.963</b>
1605	Terrenos	14.946	14.946	14.946
1635	Bienes Muebles en Bodega	-	-	-
1636	Propiedad, Planta y equipo en Mantto	-	0	0
1640	Edificaciones	5.751.403	5.751.400	5.751.403
1655	Maquinaria y equipo	551.497	551.497	513.135
1660	Equipo médico y científico	1.498.662	1.491.402	1.187.132
1665	Muebles, enseres y equipos de oficina	297.434	296.623	253.399
1670	Equipos de comunicación y computación	253.880	232.059	216.397
1675	Equipo de transporte, tracción y elevac.	219.710	219.710	219.710
1680	Equipo de comedor, cocina, desp. y hotele	118.659	118.660	118.659
1685	Depreciación acumulada	- 2.288.605	- 2.009.625	- 1.742.818
<b>19</b>	<b>Otros activos</b>	<b>-</b>	<b>24.700</b>	<b>27.068</b>
1905	Gastos pagados por anticipado	-	-	2.368
1910	Cargos diferidos	-	-	-
1950	Responsabilidades	-	-	-
1955	Provision para Responsabilidades	-	-	-
1970	Intangibles	-	24.700	24.700
1975	Amortización acumulada de intangibles	-	-	-
1999	Valorizaciones	-	-	-
	<b>TOTAL ACTIVO</b>	<b>11.008.512</b>	<b>11.451.773</b>	<b>9.784.323</b>

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Tabla No 15 Balance General – Pasivo y Patrimonio.

		<b>DIC 31 2012</b>	<b>DIC-31 2011</b>	<b>DIC-31 2010</b>
<b>Código</b>	<b>PASIVO</b>			
	<b>CORRIENTE</b>	<b>4.764.669</b>	<b>5.364.225</b>	<b>2.942.150</b>
<b>23</b>	<b>Obligaciones financieras</b>	<b>13.807</b>	<b>75.003</b>	<b>-</b>
2301	Administración de liquidez	-		0
2308	Sobregiros	13.807	75.003	-
<b>24</b>	<b>Cuentas por pagar</b>	<b>3.672.204</b>	<b>3.850.296</b>	<b>2.470.163</b>
2401	Adquisición de bienes y servicios nacionales	533.721	1.238.976	1225017
2425	Acreedores	1.727.016	1.510.489	751344
2436	Retención en la fuente e impuesto de tiembre	615.174	512.691	213695
2437	Retencion de Impto de Industria y Comercio	-	-	0
2440	Impuestos, contribuciones y tasas por pagar	724.611	500.469	280107
2450	Avances y anticipos recibidos	-	-	0
2455	Depósitos recibidos de terceros	-		0
2490	Otras cuentas por pagar		87.671	0
2460	Sentencias y Conciliaciones	71.682	-	0
<b>25</b>	<b>Obligaciones laborales</b>	<b>588.018</b>	<b>526.453</b>	<b>375.195</b>
2505	Salarios y prestaciones sociales	588.018	526.453	375195
2510	Pensiones por pagar	-	-	0
<b>27</b>	<b>Pasivos estimados</b>	<b>57.029</b>	<b>109.008</b>	<b>96.792</b>
2710	Provisión para contingencias	41.239	109.008	20774
2715	Provisión para prestaciones sociales	-	-	0
2790	Otras provisiones	15.790	-	76018
<b>29</b>	<b>Otros Pasivos</b>	<b>433.611</b>	<b>803.465</b>	<b>-</b>
2905	Recaudos por reclasificar	433.611	803.465	-
	<b>NO CORRIENTE</b>	<b>3.095.313</b>	<b>1.169.684</b>	<b>1.102.227</b>
<b>24</b>	<b>Cuentas Por Pagar</b>	<b>2.973.701</b>	<b>1.150.319</b>	<b>1.086.442</b>
2401	Adquisición de bienes y servicios nacionales	1.807.246	568.270	522549
2425	Acreedores	1.166.455	582.049	317997
2490	Otras Cuentas por pagar	-	0	245896
<b>25</b>	<b>Obligaciones laborales</b>	<b>121.612</b>	<b>19.365</b>	<b>15.785</b>
2505	Salarios y prestaciones sociales	121.612	19.365	15785
2510	Pensiones y prestaciones económicas por pa	-	-	0
	<b>TOTAL PASIVO</b>	<b>7.859.982</b>	<b>6.533.909</b>	<b>4.044.377</b>
	<b>PATRIMONIO</b>	<b>3.148.530</b>	<b>4.917.864</b>	<b>5.739.946</b>
<b>32</b>	<b>Patrimonio institucional</b>	<b>3.148.530</b>	<b>4.917.864</b>	<b>5.739.946</b>
3208	Capital fiscal	4.374.170	5.644.592	4036380
3225	Utilidad o pérdida de ejerc.anteriores	-	-	0
3230	Resultados del ejercicio	- 1.253.323	- 754.411	1675883
3235	Superávit por donación	27.683	27.683	27683
3240	Superávit por valorización	-		0
3245	Revalorización del patrimonio	-		-
3250	Ajustes por inflación	-		-
3255	Patrimonio institucional incorporado	-		0
3258	Efectos de Saneamiento contable	-	-	0
	<b>TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO</b>	<b>11.008.512</b>	<b>11.451.773</b>	<b>9.784.323</b>

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Tabla No 16. Estado de Actividad Económica y Contable

Código	Concepto	DIC 31 2012	DIC-31 2011	DIC-31 2010
		\$	\$	\$
	<b>INGRESOS OPERACIONALES</b>	<b>9.835.684</b>	<b>10.069.658</b>	<b>12.289.125</b>
<b>43</b>	<b>Venta de Servicios</b>	<b>9.835.684</b>	<b>10.069.658</b>	<b>12.289.125</b>
4312	Servicios de salud	9.835.684	10.069.658	12289125
4395	Devoluciones, rebajas y descuentos en venta de servicios (db)	-	-	0
<b>44</b>	<b>Transferencias</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
4411	Capital del Gobierno	-	-	0
4428	Otras Transferencias	-	-	0
<b>6</b>	<b>COSTO DE VENTAS</b>	<b>10.263.542</b>	<b>10.268.410</b>	<b>8.651.747</b>
<b>63</b>	<b>Costo de ventas de servicios</b>	<b>10.263.542</b>	<b>10.268.410</b>	<b>8.651.747</b>
6310	Servicios de salud	10.263.542	10.268.410	8651747
	<b>GASTOS OPERACIONALES</b>	<b>1.782.275</b>	<b>2.281.116</b>	<b>1.897.041</b>
<b>51</b>	<b>De administración</b>	<b>1.431.613</b>	<b>1.493.032</b>	<b>1.372.086</b>
5101	Sueldos y Salarios	1.074.120	935.808	923587
5102	Contribuciones Imputadas	67.496	67.496	102840
5103	Contribuciones Efectivas	84.142	82.665	111663
5104	Aportes sobre la Nómina	28.361	26.059	22455
5111	Generales	166.054	380.844	208474
5120	Impuestos Contribuciones y Tasas	11.440	160	3067
<b>53</b>	<b>Provisiones, depreciaciones y amortizaciones</b>	<b>350.662</b>	<b>788.084</b>	<b>524.955</b>
5304	Provision para Deudores	-	410.944	275055
5306	Provisiones Protección de inventarios	-	-	0
5312	Provisión para bienes y derechos en investigación administra	-	-	0
5314	Provisiones para contingencias	71.682	110.333	0
5330	Depreciación de propiedad, planta y equipo	278.980	266.807	249900
	<b>EXCEDENTE (DÉFICIT) OPERACIONAL</b>	<b>- 2.210.133</b>	<b>- 2.479.868</b>	<b>1.740.337</b>
<b>48</b>	<b>OTROS INGRESOS</b>	<b>608.118</b>	<b>1.860.268</b>	<b>2.494.253</b>
4805	Financieros	2.293	1.475	1699
4808	Otros Ingresos Ordinarios	0	-	0
4810	Extraordinarios	133.920	1.858.793	482178
4815	Ajuste de ejercicios anteriores	471.905	-	2.010.376
<b>55</b>	<b>GASTO PUBLICO SOCIAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
5502	Salud	-	-	-
<b>58</b>	<b>OTROS GASTOS</b>	<b>- 348.692</b>	<b>134.811</b>	<b>591.744</b>
5801	Intereses	30.716	-	0
5805	Financieros	50.139	-	59868
5808	Otros Gastos ordinarios	-	117.049	531876
5810	Extraordinarios	123.430	17.762	0
5815	Ajustes de ejercicios anteriores	- 552.977	-	0
	<b>EXCEDENTE (DÉFICIT) DEL EJERCICIO</b>	<b>- 1.253.323</b>	<b>- 754.411</b>	<b>3.642.846</b>

Fuente: Secretaría Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

## **6.10- ANALISIS FINANCIERO**

### **6.10.1- Indicador De Liquidez**

De acuerdo a los resultados, la E.S.E muestra una desmejoría en la Razón Corriente debido a que para la vigencia 2010 por cada peso que debían en el corto plazo contaban con 82 pesos para pagar, en cambio para el 2011 y 2012 tenían 49 y 69 pesos respectivamente para responder con sus obligaciones; del mismo modo la importancia del activo corriente representó un 24.5% en el 2010, 23.13% en el 2011 y un 29.99% en el 2012.

Como se puede observar la Entidad con el pasar del tiempo a perdido la capacidad de pago.

Por otra parte es importante resaltar que la Entidad para las tres vigencias (2010-2011-2012) muestra un capital de trabajo negativo de -540.355, -2.715.641 y -1.463.247 millones de pesos respectivamente

### **6.10.2- Indicador de Rentabilidad**

La E.S.E Hospital Santander Herrera solo para la vigencia 2010 muestra los indicadores de rentabilidad positivos. En el año 2010 la rentabilidad del activo representó un 37.23%, en el 2011 un -6.59% y en el 2012 un -11.39%.

La rentabilidad sobre el patrimonio fue de 63.46% para el 2010, -15.34% en el 2011 y -39.81 para el 2012.

La rentabilidad sobre el capital fue de 90.25%, -13.37% y 28.65% respectivamente.

### 6.10.3- Indicador de Endeudamiento

Su estructura de apalancamiento total es del 70.46% para el 2010, 132.86 para el 2011 y 249.64% para el 2012.

Tabla No. 17 Indicadores Financieros

INDICES FINANCIEROS	Dic-10	Dic-11	Dic-12
<b>LIQUIDEZ</b>			
RAZON CORRIENTE	0,82	0,49	0,69
SOLIDEZ	2,42	1,75	1,40
LIQUIDEZ INMEDIATA	0,82	0,49	0,69
ACTIVO CORRIENTE/ACTIVO TOTAL(%)	24,55	23,13	29,99
PASIVO CORRIENTE/PASIVO TOTAL(%)	72,75	82,10	60,62
CAPITAL DE TRABAJO (\$)	(540.355)	(2.715.641)	(1.463.247)
<b>EFICIENCIA OPERACIONAL</b>			
DIAS DE CARTERA	93	160	157
DIAS DE INVENTARIOS	0	0	0
DIAS DE PROVEEDORES	51	43	19
<b>RENTABILIDAD</b>			
SOBRE ACTIVOS TOTALES(%)	37,23	-6,59	-11,39
SOBRE PATRIMONIO(%)	63,46	-15,34	-39,81
SOBRE CAPITAL(%)	90,25	-13,37	-28,65
<b>ESTRUCTURA</b>			
ENDEUDAMIENTO CON VALORIZACION(%)	41,34	57,06	71,40
ENDEUDAMIENTO SIN VALORIZACION(%)	41,34	57,06	71,40
APALANCAMIENTO TOTAL (%)	70,46	132,86	249,64

Fuente: Secretaria de Salud Departamental.

### 6.10.4- Análisis Vertical del Estado de Resultado.

En cuanto al Estado de Resultados para la vigencia 2012, se observa que en la E.S.E, el costo de ventas participó en un 104%, del 100% de las ventas, situación que indica que la E.S.E presentó pérdidas brutas durante este período, lo que al final se reflejó en un resultado negativo en el resultado del ejercicio.

#### **6.10.5- Análisis Horizontal del Estado de Resultado**

Las ventas disminuyeron de un período a otro para la vigencia 2012, lo que ocasionó un incremento en la pérdida del ejercicio de 2011 a 2012.

#### **6.10.6- Análisis Vertical del Balance General**

Se observa en el análisis vertical del balance general de la E.S.E Hospital de Santander Herrera que durante los últimos cinco años, el comportamiento en cuanto a la participación porcentual de las cuentas de activos con respecto al total de activos, el total del activo no corriente participó en una mayor proporción, a expensas de los activos fijos netos, entre los cuales se encuentra la cuenta de edificaciones y material médico científico, las cuales tienen una participación porcentual importante de este total. En cuanto a las cuentas del activo corriente se destaca la participación porcentual de la cuenta de deudores, situación que refleja el comportamiento típico de este tipo de entidades. En cuanto a los pasivos, la cuenta de pasivos corrientes participa en un 60,62% y del total de los pasivos, mientras que el pasivo a largo plazo participa en un 39,38%. Se resalta además que los otros pasivos corrientes, participan en una proporción importante del total de los pasivos corrientes, en el cual se encuentra incluidos el personal de servicios personales indirectos de la E.S.E.

#### **6.10.7- Análisis Horizontal del Balance General**

En lo que respecta al análisis horizontal, la E.S.E aumentó sus activos corrientes del 2011 al 2012, a expensas de la cuenta de deudores, y aumentó los pasivos a largo plazo de la E.S.E, a expensas de los salarios y prestaciones sociales.

Tabla 18. Análisis Vertical y Horizontal de Estado de Resultado

VERTICAL			HORIZONTAL
dic-10	dic-11	dic-12	2012-2011
100,00%	100,00%	100,00%	-2,32%
0,00%	0,00%	0,00%	0
70,40%	101,97%	104,35%	-0,05%
29,60%	-1,97%	-4,35%	115,27%
15,44%	22,65%	18,12%	-21,87%
14,16%	-24,63%	-22,47%	-10,88%
0,00%	0,00%	0,00%	0
4,82%	1,34%	-3,55%	-358,65%
20,30%	18,47%	6,18%	-67,31%
29,64%	-7,49%	-12,74%	66,13%



Tabla 19. Análisis Vertical y Horizontal del Balance General

VERTICAL			HORIZONTAL
dic-10	dic-11	dic-12	2012-2011
0,64%	2,40%	2,21%	-11,45%
23,91%	20,73%	27,23%	26,27%
0,00%	0,00%	0,00%	0
0,00%	0,00%	0,00%	0
0,00%	0,00%	0,55%	0
<b>24,55%</b>	<b>23,13%</b>	<b>29,99%</b>	<b>24,65%</b>
0,15%	0,13%	0,14%	0,00%
58,78%	50,22%	52,25%	0,00%
17,38%	17,84%	18,62%	0,36%
2,25%	1,92%	2,00%	0,00%
4,80%	4,62%	5,01%	4,28%
1,21%	1,04%	1,08%	0,00%
-17,81%	-17,55%	-20,79%	13,88%
<b>66,76%</b>	<b>58,22%</b>	<b>58,30%</b>	<b>-3,74%</b>
8,42%	18,44%	11,71%	-38,94%
0,00%	0,00%	0,00%	0
0,00%	0,00%	0,00%	0
0,28%	0,22%	0,00%	-100,00%
0,00%	0,00%	0,00%	0
0,00%	0,00%	0,00%	0
<b>75,45%</b>	<b>76,87%</b>	<b>70,01%</b>	<b>-12,45%</b>
<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>-3,87%</b>
30,29%	18,96%	6,79%	-56,92%
9,28%	8,06%	8,21%	22,53%
33,18%	55,08%	45,62%	-0,36%
<b>72,75%</b>	<b>82,10%</b>	<b>60,62%</b>	<b>-11,18%</b>
0,39%	0,30%	1,55%	528,00%
26,86%	17,61%	37,83%	158,51%
0,00%	0,00%	0,00%	0
<b>27,25%</b>	<b>17,90%</b>	<b>39,38%</b>	<b>164,63%</b>
<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>20,30%</b>
70,32%	114,78%	138,93%	-22,51%
0,00%	0,00%	0,00%	0
29,20%	-15,34%	-39,81%	66,13%
0,48%	0,56%	0,88%	0,00%
0,00%	0,00%	0,00%	0
0,00%	0,00%	0,00%	0
<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>-35,98%</b>
			<b>-3,87%</b>

Tabla No 20 .Procesos Judiciales

Tipo de proceso	Total procesos	Estado actual		Fallos en firme		Segunda instancia		Sin fallo	
		Primera instancia							
		En contra	A favor	En contra	A favor	En contra	A favor	1ª inst	2ª inst
Acción de lesividad	-							-	-
Acción de nulidad simple	-							-	-
Acción de nulidad y restablecimiento del derecho	6							6	-
Acción de reintegro	-							-	-
Acción de reparación directa	4							4	-
Acción de tutela	-							-	-
Acción popular	-							-	-
Ejecutivo contractual	10	9		9				1	-
Levantamiento de fuero sindical	-							-	-
Proceso ejecutivo laboral	-							-	-
Proceso laboral administrativo	-							-	-
Proceso ordinario laboral	-							-	-
Otros	6							6	-
Total	26	9	-	9	-	-	-	17	-

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

Tabla 21. Impacto Financiero de los Procesos Judiciales

Tipo de proceso	Total fallos en contra	Valores pagados (\$millones)	Valores pendientes de pago (\$millones)	No. Procesos en riesgo de perderse	Valor estimado contingencia (\$millones)	No. Procesos con embargos	Valor de las sumas embargadas (\$millones)
Acción de lesividad	-						
Acción de nulidad simple	-						
Acción de nulidad y restablecimiento del derecho	-			6	\$ 200.000.000,0		
Acción de reintegro	-						
Acción de reparación directa	-			4	\$ 600.000.000,0		
Acción de tutela	-						
Acción popular	-						
Ejecutivo contractual	9		\$ 990.415.295,0			10	
Levantamiento de fuero sindical	-						
Proceso ejecutivo laboral	-						
Proceso laboral administrativo	-						
Proceso ordinario laboral	-						
Otros (Acción contractual)				6	\$ 235.000.000,0		
<b>Total</b>	9	-	990.415.295	16	1.035.000.000	10	-

Fuente: Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Información Reportada por E.S.E en SIHO - Decreto 2193 de 2004

## **CONCLUSIÓN**

La E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay, según las Resoluciones 2509 de 2012 y 1877 de 2013 fue categorizada en riesgo alto; la variable que incidió en su categorización, fue el déficit presupuestal. Sin embargo, por medio de este trabajo se pudo constatar que no solo su mala situación se debe al déficit que esta arrastra desde años anteriores, sino también a otros factores que le afectan directamente.

## **PRODUCCIÓN DE SERVICIOS**

La E.S.E presenta una capacidad instalada óptima para promover la venta de servicios de salud de baja y mediana complejidad; sin embargo, no es aprovechada en un cien por ciento para tal fin.

## **INGRESOS RECAUDADOS**

Los ingresos efectivamente recaudados de la Entidad no llegan al setenta por ciento de lo reconocido.

## **GASTOS**

Con el pasar de los años, la E.S.E va incrementando sus gastos comprometidos; Situación que no es consecuente con su nivel de ingresos recaudados.

## PASIVOS

Ante los inconvenientes de flujo de recursos, la E.S.E ha incrementado el valor de sus pasivos. En el caso de los proveedores el endeudamiento facilita la operación del servicio pero limita la optimización y crecimiento del capital.

## CARTERA

El no pago oportuno ni completo por parte de las Entidades Promotoras de Salud, genera un incremento en la cartera de la Entidad, desmejorando el flujo de recurso apropiado para alcanzar un equilibrio presupuestal.

## PROCESOS JURIDICOS

Los errados procesos en la contratación, han generado demandas en contra de la E.S.E, lo cual genera un impacto de la situación financiera de esta, ya que incrementa sus pasivos.

En general, la E.S.E necesita alrededor de \$12.000 millones de pesos para poder sanear su déficit fiscal y financiero, debido a que su operación corriente no está en capacidad de generar excedentes para cubrir esta deuda.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo al diagnóstico realizado de la E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay, se propone que se desarrollen las siguientes estrategias con el fin de alcanzar una sostenibilidad financiera y hacer de esta una Entidad más eficiente y competitiva en el sector con calidad en la prestación de sus servicios.

### **INCREMENTAR LA PRODUCCION (EFICIENCIA)**

La E.S.E debe hacer un estudio de carga laboral, lo cual lo llevara a identificar el personal requerido para una adecuada prestación de servicios que le generen ganancia. Además le permitirá producir el cien por ciento de lo que su capacidad instala le permite.

### **INCREMENTAR LOS INGRESOS RECAUDADOS**

Se recomienda que la Entidad realice Cobro personalizado, incluido cobro coactivo buscando mejorar el recaudo.

### **DISMINUIR Y RACIONALIZAR EL GASTO**

La E.S.E debe contratar el personal de acuerdo a lo que realmente necesita para prestar el servicio, el requerido después de hacer el estudio de carga laboral. Esto lo lleva a la disminución en los gastos más representativos de esta, los cuales son los servicios personales indirecto. A demás, en la parte de suministros debe escoger la propuesta más rentable y así sus costos de producción serían menores.

Implementar las platas transitorias para evitar las demandas por la errada contratación que se viene realizando.

#### SISTEMATIZAR LA PARTE CONTABLE

Un adecuado software contable, permite que la E.S.E mantenga en orden y coherente todos sus estados financieros. A demás, le permitirá presentar la facturación en las fechas oportunas.

#### OPTIMIZAR EL PROCESO DE FACTURACION

Tener auditores en facturación que verifiquen el buen proceso de esta y así evita disminución en sus ingresos por glosas y por ventas servicios.

#### IMPLEMENTAR CENTROS DE COSTOS

La E.S.E debe implementar los centros de costos, así tendrá conocimiento de cuando le cuesta prestar el servicio y en cuanto se puede vender para obtener una ganancia.

Por otra parte le permitirá identificar cual es el servicio que realmente le genera ingresos y si realmente es conveniente financieramente continuar con un segundo nivel de prestación de servicios.

#### BUSCAR NUEVAS FUENTES DE INGRESOS

Promocionar los servicios con la población perteneciente al Régimen Contributivo y recuperar su posición de Nodo de Red para atender la población de los corregimientos que se encuentran a su alrededor.

## BIBLIOGRAFIA

Secretaria Seccional de Salud del Departamento del Magdalena.

Documento Redes de servicios de Salud del Departamento del Magdalena,  
Secretaria de Salud, Gobernación del Departamento del Magdalena. Año 2013.

Pagina Web:

<http://www.magdalena.gov.co/index.shtml>

<http://www.caprecom.gov.co/sitio/filesnormatividad/Ley-100-de-1993.pdf>

<http://www.pivijay-magdalena.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=l-xx-1-&s=m&m=l>

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley\\_0100\\_1993\\_pr006.html#194](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr006.html#194)

<http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n16a052.pdf>

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=49069>

<http://www.opinionysalud.com/destacados/item/7056-la-critica-salud-financiera-de-los-hospitales-publicos>

<http://deracamandaca.com/?p=9114>

<http://www.eumed.net/cursecon/2/salud.htm>

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

<http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=48365>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_de\\_salud\\_en\\_Colombia](http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud_en_Colombia)



<http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP/GICAPcapitulo-9.pdf>


<http://santamarta-magdalena.gov.co/apc-aa->

[files/65363434313965633861386637616539/ley\\_715.pdf](files/65363434313965633861386637616539/ley_715.pdf)

<http://www.eumed.net/libros-gratis/finanzas-e-inversiones.htm>

<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/10584/162/1/8745568.pdf>

# ANEXOS

	<b>NORMAS PARA LA ENTREGA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO A LA UNIDAD DE INFORMACION</b>	VERSION: 02
		FECHA: Junio 2012
		CODIGO:DOC-VACRE-NETGUDI

**ANEXO 1**  
**CARTA DE ENTREGA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO**

Barranquilla, Fecha

Marque con una X

Tesis ☐ Trabajo de Grado ☐

Yo Silvana Judith Orozco Garcia, identificado con C.C. No. 104994730, actuando en nombre propio y como autor de la tesis y/o trabajo de grado titulado Diagnostico financiero del Hospital Santander Herrera de Riquiay en los años 2010-2012, presentado y aprobado en el año 2013 como requisito para optar al título de Especialista en Finanzas y Sistemas; hago entrega del ejemplar respectivo y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (DVD) y autorizo a la UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia, utilice y use en todas sus formas, los derechos patrimoniales de reproducción, comunicación pública, transformación y distribución (alquiler, préstamo público e importación) que me corresponden como creador de la obra objeto del presente documento.

Y autorizo a la Unidad de información, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad de la Costa, CUC, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:


Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web de la Facultad, de la Unidad de información, en el repositorio institucional y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la institución y Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato DVD o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

El AUTOR - ESTUDIANTES, manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad ante la misma. PARÁGRAFO: En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, EL ESTUDIANTE - AUTOR, asumirá toda la responsabilidad, y saldrá en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos, la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia se firma el presente documento en dos (02) ejemplares del mismo valor y tenor, en Barranquilla D.E.I.P., a los 28 días del mes de octubre de Dos Mil trece 2013.

EL AUTOR - ESTUDIANTE.

Silvana Orozco Garcia  
**FIRMA**

	<b>NORMAS PARA LA ENTREGA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO A LA UNIDAD DE INFORMACION</b>	<b>VERSION: 01</b>
		<b>FECHA: Febrero 2011</b>
		<b>CODIGO: DOC-VACRE-NETGUDI</b>

**ANEXO 2.**  
**FORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO**

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS O TRABAJO DE GRADO:

DIAGNÓSTICO FINANCIERO DEL HOSPITAL DE II NIVEL SANTANDER HERRERA  
DE PIVIJAI DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA, EN LOS AÑOS 2010-2012

SUBTÍTULO, SI LO TIENE:

AUTOR AUTORES

Apellidos Completos	Nombres Completos
CHIVETTA DOVALES OROZCO GARCÍA	LUZ ELENA SILVANA JUDITH

DIRECTOR (ES)

Apellidos Completos	Nombres Completos
CANO VANEGAS	BENJAMIN

JURADO (S)

Apellidos Completos	Nombres Completos
CANO OTERO BORDA VILORIA	EDWIN ALEXANDER JORGE CARLOS

ASESOR (ES) O CODIRECTOR

Apellidos Completos	Nombres Completos
CADAVID ALDANA	HUMBERTO

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN FINANZAS Y SISTEMAS

**FACULTAD:** CIENCIAS ECONÓMICAS

**PROGRAMA:** Pregrado \_\_\_\_ Especialización X

**NOMBRE DEL PROGRAMA** ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y SISTEMAS

	<b>NORMAS PARA LA ENTREGA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO A LA UNIDAD DE INFORMACION</b>	VERSION: 02
		FECHA: Junio 2012
		CODIGO:DOC-VACRE-NETGUDI

CIUDAD: Barranquilla AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO: 2013

NÚMERO DE PÁGINAS \_\_\_\_\_

**TIPO DE ILUSTRACIONES:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ilustraciones                           | <input type="checkbox"/> Planos           |
| <input type="checkbox"/> Láminas                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Mapas |
| <input type="checkbox"/> Retratos                                | <input type="checkbox"/> Fotografías      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tablas, gráficos y diagramas |   |

**MATERIAL ANEXO** (Vídeo, audio, multimedia o producción electrónica):

Duración del audiovisual: \_\_\_\_\_ minutos.

Número de casetes de vídeo: \_\_\_\_\_ Formato: VHS \_\_\_\_\_ Beta Max \_\_\_\_\_ 3/4 \_\_\_\_\_ Beta Cam \_\_\_\_\_

Mini DV \_\_\_\_\_ DV Cam \_\_\_\_\_ DVC Pro \_\_\_\_\_ Vídeo 8 \_\_\_\_\_ Hi 8 \_\_\_\_\_

Otro. Cuál? \_\_\_\_\_

Sistema: Americano NTSC \_\_\_\_\_ Europeo PAL \_\_\_\_\_ SECAM \_\_\_\_\_

Número de casetes de audio: \_\_\_\_\_

Número de archivos dentro del DVD (En caso de incluirse un DVD diferente al trabajo de grado): \_\_\_\_\_

**PREMIO O DISTINCIÓN** (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial): \_\_\_\_\_

**DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:** Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Unidad de Procesos Técnicos de la Unidad de información en el correo biblioteca@cuc.edu.co, donde se les orientará).

**ESPAÑOL**

**INGLÉS**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS:**(Máximo 250 palabras-1530 caracteres):

_____
_____
_____
_____
_____